

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON
- MÉDECINE -
U. E. R. GRANGE-BLANCHE

Année 1972 - N° 151

**ÉTUDE DE L'ACTIVITÉ D'UN SERVICE
DE NEUROPSYCHIATRIE INFANTILE**

**Dans le cadre des Hospices Civils et du C.H.U. de Lyon
et pendant une période de 5 ans (1966-1970).**

THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 12 Juillet 1972

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Jean AVAKIAN

né le 21 Novembre 1944

à LYON (Rhône)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552611_0010

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON
- MÉDECINE -
U. E. R. GRANGE-BLANCHE

Année 1972 - N°

**ÉTUDE DE L'ACTIVITÉ D'UN SERVICE
DE NEUROPSYCHIATRIE INFANTILE**

**Dans le cadre des Hospices Civils et du C.H.U. de Lyon
et pendant une période de 5 ans (1966-1970).**

THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 12 Juillet 1972

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Jean AVAKIAN

né le 21 Novembre 1944

à LYON (Rhône)

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON

- MÉDECINE -

U. E. R. GRANGE-BLANCHE

Année 1972 - N°

ÉTUDE DE L'ACTIVITÉ D'UN SERVICE DE NEUROPSYCHIATRIE INFANTILE

Dans le cadre des Hospices Civils et du C.H.U. de Lyon
et pendant une période de 5 ans (1968-1973).



THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 12 Juillet 1972

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Jean AVAKIAN

né le 21 Novembre 1944

à LYON (Rhône)

U N I V E R S I T E C L A U D E B E R N A R D

- Président de l'Université : J. BOIDIN
- Premier Vice-Président : R. TOURAINÉ
- Secrétaire Général : P. IZAUTE

Unités d'Enseignement et de Recherche de l'Université Médecine

- Grange-Blanche - Directeur : Professeur GERMAIN D.
- Alexis-Carrel - Directeur : Professeur GIROD C.
- Sud-Ouest - Directeur : Professeur TOLOT L.F.
- Lyon-Nord - Directeur : Professeur BERTOYE A.

Biologie Humaine - Directeur : Docteur CZYBA R. (Maître de Conférence Agrégé).

Technique de Réadaptation - Directeur : Professeur MOUNIER KUHN P.

Sciences Pharmaceutiques - Directeur : Mr CARRAZ M. (Maître de Conférence Agrégé).

Sciences odontologiques - Directeur : Docteur R. VINCENT.

Institut Régional d'Education Physique et Sportive - Président : Professeur R. GUILLET.

Mathématiques - Directeur : Doyen BRACONNIER.

Physique - Directeur : Professeur DUPAY.

Chimie et Biochimie - Directeur : Professeur GAUTHERON.

Sciences de la Nature - Directeur : Professeur DAVID L.

Biodynamique et Psychopédagogie - Directeur : Professeur FONTANGES.

Institut Universitaire de Technologie n° 1 - Directeur : Professeur POUYET.

Institut Universitaire de Technologie n° 2 - Directeur : Professeur GALLET,
Directeur ENSAM.

Observatoire - Directeur : Professeur BIGAY J.H.

Physique nucléaire - Directeur : Professeur SARRAZIN A.

Mécanique - Directeur : Professeur MATHIEU.

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON

U.E.R. MEDECINE GRANGE-BLANCHE

Directeur de l'U.E.R. Grange-Blanche : D. GERMAIN

1er Assesseur : J. PASQUIER

PROFESSEURS

MM. J. CIBERT		Clinique urologique
M. LEVRAT		Clinique Médicale A
R. SOHIER		Bactériologie - virologie - immunologie
A. BADINAND		Chimie analytique pharmaceutique
J. COUDERT		Parasitologie et pathologie exotique
H. THIERS		Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie
M. DARGENT		Clinique carcinologique
P. GALY		Physio-pathologie des voies respiratoires
J. PAPILLON		Radiologie
P. MONNET		Clinique médicale infantile B
A. TRILLAT		Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique
J. LECUIRE	(1)	Neurochirurgie
J.F. CIER		Physiologie A
P. MICHAUD		Clinique de chirurgie cardiaque
G. FAUCON		Biologie médicale et pharmacodynamie
G. VIGNON		Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale
P. MAGNIN		Clinique obstétricale
M. JOUVET		Pathologie générale et expérimentale
R. GUILLET	(1)	Chirurgie générale
R. CREYSSEL	(1)	Chimie biologique
M. JAUBERT de		
BEAUJEU	(1)	Chirurgie générale - Clinique de chirurgie infantile
J. FEROLDI		Anatomie pathologique
R. HUGONNIER		Clinique ophtalmologique
B. SCHOTT	(1)	Neuro-psychiatrique

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. M. COLIN	Médecine légale
J.O. PEYRIN	Physique biologique
A. PERRIN	Médecine générale
D. GERMAIN	Immunologie, sérologie, hématologie

(1) - Professeurs à titre personnel.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES TITULAIRES

MM. R. LAMBERT	Médecine générale
R. FLANDROIS	Physiologie
J. BRUNE	Médecine générale et thérapeutique
H. DEJOUR	Orthopédie et traumatologie
A. MORGON	Oto-Rhino-Laryngologie
J. MOTIN	Anesthésiologie
J. PASQUIER	Médecine générale et thérapeutique
J.C. CZYBA	Histologie et embryologie
J. FAVRE-GILLY	Hématologie
M. AMIEL	Radiologie
M. BOCHU	Radiologie
J. CHASSIGNOLLE	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
D. DARGENT	Gynécologie, obstétrique
L. DURAND	Ophtalmologie
P. ESPINASSE	Biophysique
A. FROMENT	Cardiologie
Mme M. HENRY	Bactériologie, virologie
B. SALLE	Pédiatrie, génétique médicale
P. ZECH	Néphrologie
G. NOEL	Médecine interne

AGREGES EN EXERCICE

M.P. DUMAS	Stomatologie
------------	--------------

Examineurs de la thèse :

Président : Monsieur le Professeur P.F. GIRARD

Assesseurs : Monsieur le Professeur B. SCHOTT
Monsieur le Professeur Agrégé R. GILLY
Monsieur le Professeur J. VEDRINNE
Monsieur le Docteur C. KOHLER

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Paul F. GIRARD

Professeur de Clinique Neuropsychiatrique et d'Hygiène Mentale.

Nous sommes particulièrement sensible à l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre jury de thèse.

Nous le prions de bien vouloir trouver ici le témoignage de notre admiration et de notre profond respect.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY :

Monsieur le Professeur BERNARD SCHÖTT

Professeur de Clinique Neuropsychiatrique

Nous le remercions de l'honneur qu'il nous fait en siégeant parmi nos juges et l'assurons de notre indéfectible dévouement.

Monsieur le Professeur Agrégé R. GILLY

Nous avons pu apprécier la simplicité et l'amabilité de son accueil. Nous le remercions très vivement d'avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse.

Monsieur le Professeur J. VEDRINNE

Nous avons été sensible à la bienveillance de son accueil. Nous l'assurons de notre sincère reconnaissance.

Monsieur le Docteur C. KÖHLER

Il a été un des pionniers de la pédo-psychiatrie en FRANCE et en demeure un des Maîtres incontestés. Nous avons bénéficié de son enseignement théorique et nous apprécions, la richesse de son expérience, ses qualités humaines dans la relation. Nous lui sommes reconnaissant d'avoir accepté d'être notre juge et nous l'assurons de notre profond respect.

MONSIEUR LE DOCTEUR R. DE VILLARD

Assistant des Hôpitaux - Chef de Clinique

Il a eu l'extrême gentillesse de nous proposer ce travail
et nous a témoigné beaucoup de confiance. Il a su être
toujours disponible à nos multiples demandes.
Qu'il trouve ici le témoignage de notre reconnaissance et
de notre respectueuse amitié.

Ce travail se propose d'étudier le reflet au niveau d'un service de neuropsychiatrie infantile de la morbidité mentale.

Cette étude est effectuée à partir des données fournies par les dossiers d'hospitalisations du 1er janvier 1966 au 31 décembre 1970 dans le service de neuropsychiatrie infantile de l'hôpital Neurologique de LYON dirigé actuellement par Monsieur le Professeur B. SCHOTT.

L'observation médicale de chaque malade fournit :

- l'âge du malade
- le sexe
- l'adresse
- le motif d'hospitalisation
- la personnalité de l'envoyeur (médecin, assistance sociale, consultation médico-pédagogique, parent)
- le diagnostic
- les tests mentaux pratiqués (tests de niveau et tests projectifs)
- la durée de l'hospitalisation.

Des données provenant d'un service de neuropsychiatrie infantile fournissent une première information sur l'incidence des maladies mentales chez l'enfant et l'adolescent. Il faut bien comprendre néanmoins, que de telles données fournissent une indication de peu de valeur sur le degré réel de morbidité dans la collectivité. Beaucoup d'enfants quoique malades (au sens neurologique, psychiatrique ou neuropsychiatrique) amenés par leurs parents ou médecin généraliste ne sont pas hospitalisés dans un service spécialisé.

PLAN

- CHAPITRE I : PREAMBULE ET CONSIDERATIONS HISTORIQUES CONCERNANT LA NEURO-
PSYCHIATRIE INFANTILE ET PLUS PARTICULIEREMENT LES REALISA-
TIONS LYONNAISES.
- CHAPITRE II : PRESENTATION DU SERVICE.
- CHAPITRE III : DONNES NUMERIQUES SUR LES ENFANTS HOSPITALISES
- 1.- Nombre .
 - 2.- Sexe .
 - 3.- Age .
 - 4.- Domicile d'origine.
 - 5.- Durée d'hospitalisation.
- CHAPITRE IV : ETUDE DIAGNOSTIQUE
- 1.- Pourcentage des affections psychiatriques, neurologi-
ques et neuropsychiatriques.
 - 2.- Affections neurologiques.
 - 3.- Epilepsie.
 - 4.- Arriération mentale.
 - 5.- Psychose infantile.
 - 6.- Organisation névrotique.
 - 7.- Dépression - Tentative de suicide.
 - 8.- Troubles du caractère et du comportement. Personnalités
délinquantes.
 - 9.- Désordres oro-alimentaires.
 - 10.- Enurésie Encoprésie.
 - 11.- Retard de langage.
 - 12.- Désafférentation sensorielle (cécité - surdité).
 - 13.- Tics.
- CHAPITRE V : PERSONNALITE DE L'ENVOYEUR.

CHAPITRE VI : ETUDE DES TESTS MENTAUX PRATIQUES

CHAPITRE VII : MOTIFS D'HOSPITALISATIONS EN FONCTION DES DIAGNOSTICS
ETABLIS DANS LE SERVICE.

CHAPITRE VIII: CONCLUSIONS

BIBLIOGRAPHIE.

PREAMBULE ET CONSIDERATIONS HISTORIQUES CONCERNANT LA NEUROPSYCHIATRIE

INFANTILE ET PLUS PARTICULIEREMENT LES REALISATIONS LYONNAISES

Les civilisations anciennes se sont peu souciées des problèmes posés par l'assistance aux enfants physiquement, mentalement ou socialement anormaux. A SPARTE, les nouveau-nés mal venus et difformes étaient conduits, après avis du Conseil des Anciens au lieu dit "les Apothètes", près du Taygète pour être jetés dans un précipice. La loi de SOLON et les philosophes (que ce fut PLATON ou ARISTOTE) ne condamnaient pas le meurtre des tout-petits. A ROME, on présentait au "*Pater Familias*" l'enfant nouveau-né : si le père détournait les yeux, l'enfant était abandonné, au mieux, s'il échappait à la mort, il devenait un esclave. De plus, même reconnu par son père, le fils pouvait être chassé de la maison et "vendu au-delà du Tibre". L'on s' imagine assez volontiers qu'il fallut plusieurs siècles pour trouver une solution plus valable au problème posé par les inadaptations familiales.

Cependant, âgé de trois mois, MOISE est placé par sa mère dans une "arche de papyrus", calfatée de bitume et déposée "dans la jonchaie sur le bord du Nil. Or la fille du Pharaon en allant se baigner le découvrit, et finalement l'adopta. La princesse s'appelait Thout mosé.

L'Evangile selon Saint-Mathieu (V 3) rappelle que le Christ a proclamé "*magifiques, les pauvres d'esprit car le règne des cieux est à eux*". Et l'on ne peut oublier la célèbre parabole de l'Enfant PRODIGE telle qu'elle est racontée dans l'Evangile selon Saint-Luc (XV), car l'histoire de ce jeune garçon qui part dans les pays lointains, dilapide sa fortune avec des courtisanes, se trouve réduit à partager la nourriture des cochons pour être reçu plus tard à bras ouverts par son père, lorsqu'il lui revient en reconnaissant ses péchés, reste encore pour nous non seulement l'exemple des crises de l'adolescence, mais aussi de leur solution. Entre le fils prodigue et le fou errant et mendiant, il y a beaucoup de similitudes.

La CITE D'ATHENES adoptait les fils des citoyens morts à la guerre mais la qualité de cette adaptation est limitée et, sans doute comparable à celle de nos pupilles de la Nation. A ROME, l'Assistance Infantile est inexistante. L'on ne peut retenir que "*la Fondation alimentaire de TRAJAN*". En réalité, ce n'est qu'avec la civilisation chrétienne au Vème siècle que vont apparaître les premiers éléments des structures hospitalières destinées à des enfants : le CODE JUSTINIEN fournit, en effet, à Byzance la réglementation de l'*Orphocomium* (hôpital destiné aux orphelins), du *Blephotrophium* (hôpital pour les enfants abandonnés et trouvés) qui prennent place à côté du *Nosocomium* destiné aux malades, du *Xénodochium* destiné aux pèlerins et étrangers, du *Ptochium* pour les pauvres et du *Gérocomium* pour les vieillards.

C'est en effet sous cet aspect de l'enfant orphelin, abandonné, errant et vagabond (les "PETITS PASSANTS et les PETITES PASSANTES) que débute l'histoire de l'inadaptation sociale, de l'assistance éducative, mais aussi peut être de la Psychiatrie et donc de la pédo-psychiatrie. Cette notion de l'errance qu'a souligné Michel FOUCAULT, n'est pas limitée à "l'Histoire de la Folie à l'âge classique". Elle débute plutôt avec Moïse c'est-à-dire vers le milieu du XIII^{ème} siècle avant J.C. Mais surtout avec la parabole de l'enfant prodigue. Elle n'est pas encore un problème médical, cependant, c'est sous l'aspect de la Sociopathie qu'apparaît pour la première fois le problème posé par l'enfant inadapté.

Il existe au VIII^{ème} siècle des hôpitaux pour les enfants abandonnés en Italie. En France, le premier hôpital pour ces enfants aurait été créé par Guy de MONTPELLIER avec l'Ordre du Saint-Esprit en 1160. Le premier hôpital lyonnais pour les "enfants exposés" daterait de 1211, et serait le fait de l'Ordre des PAUVRES CATHOLIQUES ; mais Paul GONNET prétend que l'hôpital en question fut construit non pas à LYON mais à PERPIGNAN. A PARIS, l'hôpital du SAINT ESPRIT EN GREVE recueille les orphelins légitimes depuis 1363.

Le problème de l'enfance vagabonde et abandonnée va nécessiter à LYON une solution en 1534, lorsqu'afflue dans notre ville à la suite des famines de 1529 et 1530, des masses d'indigents affamés venus des provinces périphériques. Pour fournir un secours à tant de malheureux, fut créé en 1533, l'AUMOSNE GENERALE DE LYON qui dès 1534, logea les enfants qu'elle recueillait à L'HOPITAL DE LA CHANAL pour les garçons sur la rive droite de la Saône dans le quartier de Bourgneuf (quais Pierre Scize et Chauveau actuels à l'endroit où débute la Montée de la Chana) à l'HOPITAL SAINTE CATHERINE pour les filles à l'angle Nord-Ouest du quartier des Terreaux (où il persiste encore une rue Sainte-Catherine). Il ne s'agit encore que de *"petits enfans cryantz et huant de faim et de froid, nuyt et jour, par la ville, faisant un merueilleux ennuy par les églises, à la confusion crèveceueur, et scandalle et perturbant la dévotion du peuple et pour évictier le danger de tant de pauvres filles qui son gastées et de tant de pauvres petitz enfans qui sont perdus et gastés"*, on nomme à la Chana *"deux régens lesquels leur apprendront leur creance et quand les dictz petitz enfans auront de huit à neuf ans, faudra trouver moyen par aulmosme ou autrement, les mectre de mestres qu'ilz voudront estre"*.

Les filles de Sainte Catherine seront régentées par *"une, deux ou troys femmes vefves"* qui *"leur apprendront, quand elles seront de l'âge de cinq à six ans, à coudre, et filler afin qu'elles ne demeurent oysives et quand quelque bourgeoise de la ville en aura à faire de quelqu'une pour servante, elle la pourra aller prendre là dedans"*.

Plus tard à Sainte Catherine, une maîtresse (dénommée DAME LUCRESSE) apprendra aux filles l'art de fabriquer des étoffes de soie. Des médecins ou des chirurgiens barbiers visitent deux fois par semaine les Hôpitaux de Sainte Catherine et de la Chana, mais leur principal souci n'est pas encore la pédopsychiatrie mais la *"malle rasche"* et la peste. Le premier de ces chirurgiens barbiers Jean de RHODES mourra au bout de quelques mois en laissant ses trois enfants à la charge de l'Aumone.

Dès 1551, on signale "quelque desarroy" à l'Hôpital Sainte Catherine parmi les filles dont la maîtresse ne peut *"jouyz"* comme *"elles font les folles"*; on décide en 1561, de disposer dans des *"chambres ad ce propices, à l'hospital Sainct-Laurent"* des prisons pour *"les filles qui s'adonnent à la lubricité"*. Mais l'hôpital Saint-Laurent est loin et les filles "se pourraient désespérer" on fait donc la prison à Sainte Catherine où la coupable est fustigée de verges par les bedeaux de l'aumone.

Les enfants trouvés, exposés ou abandonnés, à partir de deux ans, seront reçus à l'HOPITAL DE LA CHANTE en 1626, puis en 1629 les orphelines de Sainte Catherine et en 1636, les orphelins de la Chana.

Mais en raison du nombre de plus en plus important de ces enfants, il faut multiplier les placements familiaux souvent assez loin de LYON. Les recteurs et les *"frères visiteurs"* iront régulièrement s'assurer si les enfants placés reçoivent une éducation convenable (préfiguration de l'action éducative en milieu ouvert que réalisent aujourd'hui les travailleurs sociaux de l'hygiène mentale infantile).

Au XVIème siècle, PEDRO DE PONCE (1510-1584) entreprend la rééducation des sourds et muets et crée pour eux une méthode d'instruction. En 1682, Jean BAPTISTE de LA SALLE fonde l'institut des "frères des écoles chrétiennes" et envisage de façon nouvelle la pédagogie.

Mais c'est surtout au cours du XVIIIème siècle que l'on se préoccupera de ces problèmes d'éducation avec GONDILLAC, mais surtout avec Jean-Jacques ROUSSEAU. N'est-il pas lui-même ce ROUSSEAU quelque peu vagabond, et s'il est vrai qu'il met aux Enfants trouvés le premier enfant qu'il a de Thérèse LEVASSEUR en 1746, il publie en 1760 son EMILE qui *"n'est, dit-il, qu'un traité de la bonté originelle de l'homme destiné à montrer comment le vice et l'erreur, étrangers à sa constitution, s'y introduisent du dehors et l'altèrent insensiblement"*.

BASEDOW s'inspirera des idées de ROUSSEAU pour fonder à DESSAU, un Institut pédagogique sous le nom de "PHILANTROPIUM", (1774).

De même, PESTALLOZI (1746-1827) ouvre après la lecture de l'EMILE à YVERDON un Institut assez célèbre pour être cité par de AJURIAGUERRA dans son manuel de Psychiatrie de l'enfant.

Et FROBEL utilise les techniques de PESTALLOZI pour créer à Blankenbourg (en THURINGE) un KINDERGARTEN qui est bien le premier de nos jardins d'enfants.

C'est dans ce contexte que l'on doit inscrire la création, en 1760, d'une école de sourds muets par l'Abbé de l'EPEE à PARIS, et en 1771, d'une méthode de rééducation des aveugles par VALENTIN HAVY ; mais aussi la première tentative de rééducation des "enfants sauvages". En effet, en 1799 des chasseurs découvrent dans les bois de LACAUNE en AVEYRON, un enfant de 11 à 12 ans vivant à l'état sauvage et ignorant tout langage. PINEL qui a l'occasion de l'examiner admet que ce garçon présente une "*idiotie incurable*". L'enfant est cependant placé à l'institut des sourds et muets où un jeune médecin Jean Marie GASPARD ITARD entreprend sa rééducation. Après cinq années d'effort et quelques progrès, il doit renoncer à cette entreprise et le pronostic d'incurabilité formulé par PINEL s'avèrera exact. Mais la tentative d'ITARD a quelques retentissements.

En 1817, l'Abbé AINOUX prétend rééduquer les "ENFANTS DIFFICILES" et ouvre dans ce but un nouvel établissement. En 1840, DEMETZ, magistrat et philanthrope français, crée la "colonie pénitenciaire agricole de METTRAY" pour les jeunes détenus : car la rééducation passe encore par la pénitence et l'on croit aux vertus du travail de la terre.

Mais avec ITARD, le problème des enfants anormaux est devenu un problème médical. Sous le patronage d'ESQUIROL, l'Instituteur SEGUIN apprend à "*un enfant muet et semblable à un idiot à se servir de ses sens, à se souvenir, à comparer, à parler, à écrire et à compter*". SEGUIN forme avec ESQUIROL la première équipe médico-pédagogique et ouvre en 1842, une classe pour enfants arriérés à l'Hospice de Biatre. Il publiera en 1846 le *Traité moral des Idiots et autres enfants arriérés*.

A l'inadaptation sociale qui caractérisait jusqu'alors avec l'enfant vagabond et délinquant, l'essentiel de l'assistance à l'enfance inadaptée, s'ajoute une nouvelle formule d'inadaptation déterminée sur le plan intellectuel et scolaire et surtout représenté par la rééducation des enfants arriérés.

BOURNEVILLE, élève de CHARCOT donnera à cette étude une dimension plus médicale en réorganisant des services d'enfants idiots ou arriérés dans les Hôpitaux de Bicêtre et de la Salpêtrière à la fin du XIXème siècle.

Mais les innovations pédagogiques se perpétuent avec les travaux de Madame MONTESSORI (1870-1952), et DECROLY (1871-1932).

De même, Théophile ROUSSEL, médecin et parlementaire obtient en 1874, que l'enfant soit protégé par la loi, et en 1907, Richard GABOT inaugure à BOSTON le service social à l'Hôpital qui restera un des éléments essentiels dans l'équipe médico-socio-pédagogique qui s'occupe de l'enfance inadaptée.

De 1900 à 1910, BINET et SIMON mettent au point les premières méthodes de psychométrie et dans la même décennie, Sigmund FREUD fait connaître les techniques psychanalytiques qui seront avec bonheur utilisées chez l'enfant par Anna FREUD, sa fille et Mélanie KLEIN. Mais l'importance des travaux analytiques ne doit pas nous faire oublier l'oeuvre psychologique plus classique de WALLON à Paris et de PIAGET à Genève.

Aux Etats Unis apparaissent en 1929 les premières *cliniques psychologiques* pour les enfants. Elles sont l'oeuvre du Docteur HEALY sous le patronage du Professeur DEBRE, HEUYER inaugure à PARIS, une "*clinique annexe de neuro-psychiatrie infantile*" à l'hôpital des enfants malades. Elle deviendra à la Salpêtrière la première clinique de neuro-psychiatrie infantile. Le Professeur Léon MICHAUX y succèdera au Professeur HEUYER pour céder à son tour cette place au Professeur DUCHE en 1970.

A Lyon, Etienne MARTIN, professeur de Médecine légale, crée avec le Docteur MOURET en 1930, *un centre de triage pour enfants anormaux et délinquants*. Mais il n'y a pas encore de service de neuropsychiatrie infantile. Ces petits malades sont hospitalisés et suivis dans des services de pédiatrie, plus rarement dans des services de neurologie. Cependant, dans le cadre de l'éducation nationale, une place particulière est accordée aux médecins qui participent à l'examen et à la sélection des enfants qui doivent bénéficier d'une instruction particulière dans *des classes dites de perfectionnement*.

La première consultation régulière de neuropsychiatrie infantile sera ouverte à l'Hôtel-Dieu, sous l'égide du Professeur DECHAUME. Elle sera assurée par Paul F. GIRARD puis transférée en 1945 dans le service de neurologie de l'Hôpital de l'Antiquaille.

Une consultation semblable sera alors créée à la clinique neuropsychiatrique du Professeur Jean LEPINE à l'Hôpital Edouard Herriot et confiée aux Docteurs KOHLER, THEVENIN, LACHANAT et BEAUPERE.

L'élément déterminant dans l'histoire de la neuropsychiatrie infantile à cette époque, a été l'occupation d'une grande partie du territoire français par les armées allemandes. Devant celles-ci, une grande partie de la population : (femmes, enfants, vieillards) ont fui errant sur les routes dans des conditions déplorables. Il fallut alors créer dans la zone non occupée des organismes capables de recevoir, de nourrir et d'héberger ces réfugiés, et d'encadrer ces adolescents. Ce sera, à LYON, l'un des rôles des *Compagnons de France* mouvement de jeunesse auquel participèrent sur le plan médical, TROTOT, Jean DECHAUME, Paul GIRARD et KOHLER.

De très nombreux foyers sont désunis, les pères étant prisonniers, les difficultés économiques et alimentaires deviennent évidentes : la délinquance juvénile augmente dans des proportions très importantes. Il apparaît de plus en plus évident que les problèmes psychologiques et psychiatriques posés par l'enfance et l'adolescence ne se réduisent pas aux seuls retards intellec-

tuels : idiots, imbéciles ou débiles qui avaient représenté jusqu'alors l'essentiel de la neuropsychiatrie infantile. Il faut aussi résoudre des problèmes psychopédagogiques représentés par les différents aspects des difficultés scolaires : instabilité, asexie, dyslexie, dysorthographe, etc.... mais tout aussi bien reconnaître que les difficultés d'adaptation sociale ne se réduisent pas à la seule délinquance juvénile, et qu'à côté des retards intellectuels, il faut tenir compte des troubles du développement psycho-affectif, des troubles du caractère du comportement, de la personnalité, de la psychomotricité et rechercher de nouveaux systèmes thérapeutiques. On ne peut plus se satisfaire de la formule ancienne des maisons dites de correction. Il faut créer de nouvelles structures de rééducation, dans un cadre familial, par petits groupes, dans des homes de semi-liberté, dans des foyers artificiels sans doute mais que l'on désire construire sur le modèle familial, voir dans la famille même des enfants en milieu ouvert avec l'aide d'assistantes éducatives, et de travailleurs sociaux.

La principale difficulté tient au fait que le problème n'est pas seulement médical. Il faut intervenir des disciplines très différentes et exige la création d'équipes cohérentes où le médecin a très vite un rôle de coordination.

A TOULOUSE, sous l'impulsion de l'Abbé PLAQUESEUT et du Docteur MATTUS, à MONTPELLIER sous l'influence du Docteur LAFON, à GRENOBLE sous la direction du Docteur FAU, se créent plus ou moins spontanément des équipes médicales, sociales, psychologiques, pédagogiques et professionnelles.

A LYON, le Professeur DECHAUME, adjoint au Maire de LYON, et neurologue de formation sera le principal responsable de l'organisation de ces nouvelles structures. Une équipe de travail est créée. Elle comprendra des médecins (Paul GIRARD, KOHLER, Line THEVENIN, LACHANAT), des instituteurs (VERNET, Mlle KOPFS), des assistantes sociales (Mlles LEGRAIN et RONY), des éducatrices (Mlles PRAVAZ et DAUVERGNE), une jardinière d'enfants (Mlle RHEUTER), Mlle POLICARD, docteur en droit avec une thèse sur l'assistance éducative s'associe à ce groupe dont le coordinateur restera pendant quelques années Paul GIRARD.

Un pavillon de l'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DU VINATIER servira pendant la guerre de *Centre d'observation*. Une *école de cadres* destinée à former surtout des éducateurs sera ouverte à LYON. Les *associations de la sauvegarde*, de *l'Hygiène mentale du Rhône*, le *C.R.E.A.I.* (Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées), *l'A.D.A.P.E.I.* (association départementale des amis et parents des enfants inadaptés) prendront la relève en participant à la création d'INSTITUTS MEDICOPEDAGOGIQUES, de CENTRE MEDICO-PSYCHOPEDAGOGIQUES, d'INSTITUTS MEDICO PROFESSIONNELS, d'ATELIERS PROTEGES, de FOYERS et de résidence pour les inadaptés orphelins.

Un service est réservé à l'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DU VINATIER, aux oligophrènes profonds : il sera successivement placé sous la responsabilité des Docteurs BAUJARD et GRAMBERT.

Lorsque le Professeur WERTHEIMER envisage la création d'un HOPITAL NEUROLOGIQUE, dans le cadre des Hospices civils de LYON et obtient les crédits nécessaires à sa construction en plein accord avec le Professeur DECHAUME, le projet initial comporte la création de deux services destinés à recevoir des enfants, l'un réservé à la neuro chirurgie, l'autre à la neuropsychiatrie infantile. En même temps dans une aile du bâtiment plusieurs salles aménagées à cet effet serviront à assurer des consultations de neurologie ou de pédo psychiatrie.

Ce service de neuropsychiatrie infantile devrait en principe dépendre des deux services de neurologie (Professeur DECHAUME et Professeur Paul GIRARD). Mais cette cohabitation n'est pas acceptée par le Professeur DECHAUME qui considère que ce service de neuropsychiatrie infantile doit appartenir à la clinique de neuropsychiatrie et d'hygiène mentale dont il est le titulaire. En fait, le fonctionnement du service est assuré au point de vue médical par le Docteur BEAUPERE, chef de clinique assistant des Hôpitaux.

Au départ du Professeur Jean DECHAUME, le Professeur Paul GIRARD qui lui succède a perdu tout contact avec la neuropsychiatrie infantile et le Docteur BEAUPERE abandonnera ses fonctions à l'Hôpital Neurologique. Il en sera de même de Madame le Docteur Paule AIMARD qui avait pendant plusieurs années participé à la vie de ce petit service.

Pour assurer sa survie, il apparaît alors nécessaire de lui assurer une réelle autonomie administrative. Le Professeur SCHOTT prendra donc la responsabilité de ce service avec l'aide du Docteur DEVILLARD chef de clinique assistant des Hôpitaux de LYON.

D'autre part, les Hospices civils de LYON ouvrent à l'HOPITAL SAINTE-EUGENIE un pavillon destiné initialement aux jeunes enfants oligophrènes. Il sera confié au Docteur KOHLER qui donnera à son service une importance de plus en plus grande.

Enfin la plupart des services de pédiatrie bénéficient de la collaboration d'attachés de pédo psychiatrie qui assurent des consultations extérieures et prennent en charge tous les problèmes psychiatriques que l'on retrouve inévitablement dans les services de médecine infantile.

Malheureusement, la place de la pédo-psychiatrie reste encore incertaine. A la suite de la séparation de la neurologie et de la psychiatrie et sous l'influence des syndicats des psychiatres, des médecins des Hôpitaux psychiatriques et des psychiatres en formation, la pédo-psychiatrie n'est plus qu'un secteur particulier de la psychiatrie. Sous le prétexte qu'il ne peut y avoir deux psychiatries, que les méthodes d'examen psychologique, les techniques psychothérapiques, la terminologie et la façon d'utiliser

la langue française sont communes à la psychiatrie de l'adulte et à celle de l'enfant, on oublie plus ou moins volontairement que l'enfant malade pose des problèmes particuliers qui ne peuvent être compris et appris dans les seuls services et les seuls Hôpitaux psychiatriques.

Au reste, il n'y a pas de certificat d'études spéciales de pédo-psychiatrie ni de liste d'aptitude à des postes de maître de conférence agrégé de pédo-psychiatrie. Pour combler cette lacune il faut à l'échelon national, recourir au système limite et regrettable des *professeurs associés*. Pour des raisons identiques, les Hospices civils de LYON créent en 1971 un poste de *médecin contractuel en pédo-psychiatrie* qui est confié après concours à Mademoiselle le Docteur COTTE. Celle-ci partagera son activité entre la clinique du Professeur JEUNE et le service du Docteur KOHLER.

Le problème de la sectorisation complique encore du point de vue administratif la situation du service de neuro-psychiatrie infantile de l'Hôpital Neurologique. Avec une clientèle qui n'est pas limitée à la seule psychiatrie mais comporte aussi un nombre important de malades neurologiques, le service reçoit des enfants non seulement du Rhône mais de 27 départements voisins. Il peut difficilement en être autrement. Mais il faut cependant satisfaire aux exigences de l'administration et de ce fait on envisage l'insertion du service dans le secteur psychiatrique réservé au C.H.V. et plus particulièrement à VILLEURBANNE. Ainsi le service de l'Hôpital Neurologique pourra représenter un des éléments hospitaliers du secteur tout en continuant à assurer dans le cadre des Hospices civils de LYON des fonctions hospitalières beaucoup plus générales.

L'on ne peut terminer ces considérations d'ordre historique qu'en souhaitant que la neuropsychiatrie infantile sorte de ses difficultés actuelles, obtienne les structures hospitalières qu'elle nécessite et l'autonomie qu'elle mérite sans pour autant se séparer des autres disciplines, qu'il s'agisse de la pédiatrie, de la psychiatrie des adultes et de la neurologie des enfants.

En étudiant l'activité du Service de neuropsychiatrie infantile de l'Hôpital Neurologique, notre but est bien en effet de montrer quelle place peut et doit occuper cette discipline dans le cadre des centres Hospitalo-Universitaires de LYON.

PRESENTATION DU SERVICE

Il est dirigé par Monsieur le Professeur SCHOTT.

Il comprend 33 lits d'hospitalisation divisés en deux secteurs : l'un de 23 lits où se trouvent essentiellement les enfants de 6 à 12 ans (6 boxes, 2 chambres à deux lits dont une insonorisée, 2 pièces de 6 lits), l'autre de 10 lits composés de 5 chambres avec une partie réservée à une mère de famille et son enfant.

Les enfants sont pris en charge par un personnel qualifié :

- 1 assistant chef de clinique
- 1 interne
- 3 externes
- 1 psychologue
- 1 kinésithérapeute
- 1 assistante sociale
- 1 cheftaine
- 4 infirmières
- 6 auxiliaires en puériculture
- 3 éducatrices
- 4 femmes de service

L'importance de cette équipe (sans compter 10 stagiaires) nécessite non seulement des gens qualifiés mais aussi beaucoup de cohésion afin de favoriser la communication et l'information (d'où l'intérêt porté aux réunions de groupe).

. Deux fois par semaine a lieu une réunion avec toute l'équipe permanente.

. Une fois par semaine ont lieu :

- une réunion de synthèse,
- une présentation de cas en présence du Professeur GUYOTAT et deux psychanalystes,
- une présentation et une discussion de cas en présence de Monsieur le Professeur SCHOTT.

Une journée est réservée aux parents.

Enfin au service sont adjointes 4 consultations.

DONNEES NUMERIQUES SUR LES ENFANTS HOSPITALISES

A.- NOMBRE

. Le nombre total d'enfants hospitalisés dans le service du 1er Janvier 1966 au 31 Décembre 1970 est de 1028.

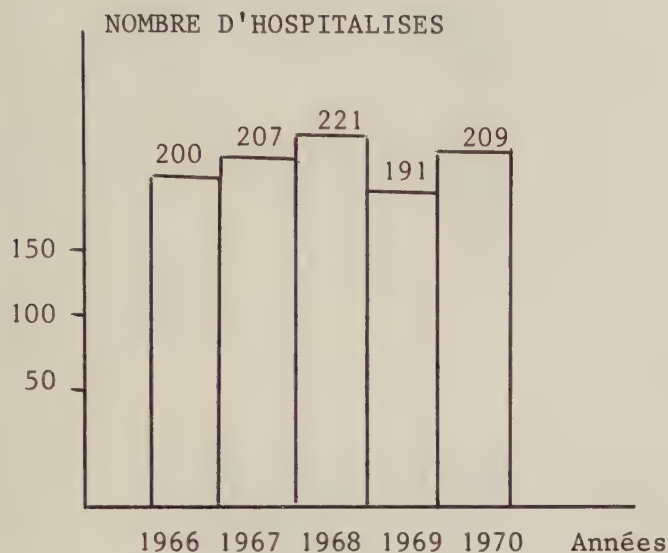
. Le nombre d'enfants hospitalisés chaque année est relativement stable ; c'est ainsi que la progression des admissions au cours des 5 dernières années (1966 à 1970) est seulement de 4,5 %. A noter que le nombre des enfants hospitalisés a atteint son maximum en 1968 (221).
(cf tableau 2).

B.- SEXE

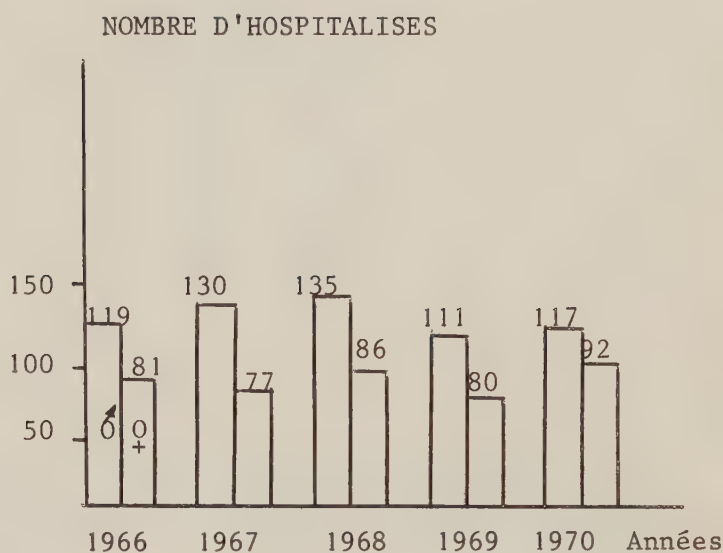
Il existe une prépondérance nette d'enfants du sexe masculin : (612 garçons contre 416 filles). Cette prépondérance se retrouve dans chacune des 5 années étudiées. (cf tableaux 1 et 3).

Années	Nombre d'enfants hospitalisés	Nombre de Garçons	Nombre de Filles	Pourcentage de Garçons	Pourcentage de Filles
1970	209	117	92	56 %	44 %
1969	191	111	80	58,1 %	41,9 %
1968	221	135	86	61,1 %	38,9 %
1967	207	130	77	62,8 %	37,2 %
1966	200	119	81	59,5 %	40,5 %
1966 à 1970	1028	612	416	59,5 %	40,5 %

Tableau 1



Progression des admissions
au cours des 5 années étudiées



Répartition des hospitalisations
selon le sexe

TABLEAU 2

C.- AGE

L'âge des enfants hospitalisés dans le service au cours des 5 années étudiées s'étale entre 3 mois et 22 ans (1 cas), mais avec un recrutement important entre 6 et 16 ans. Ce qui explique le faible pourcentage au-dessus et au-dessous de ces âges. 0,7 % des enfants ont plus de 17 ans. (cf tableaux 4 et 5 et courbes A et B).

1°/ Si on considère la courbe ayant en abscisse l'âge des enfants et en ordonnée le pourcentage d'enfants à l'âge considéré, on constate qu'il s'agit d'une courbe qui présente des pics successifs d'amplitude croissante. Ces pics se situent à 3 ans (4,6 % des enfants hospitalisés ont cet âge) à 5 ans (6,4 %), à 7 ans (6,9 %), à 9 ans (7,8 %), à 12 ans (9,2 %).

1/3 des enfants hospitalisés ont un âge compris entre 12 et 15 ans.

Plus de la moitié des enfants ont un âge compris entre 9 et 15 ans.

TABLEAU 3

L'âge moyen des enfants hospitalisés est de 9 ans 6 mois.

<u>ANNEES</u>	<u>AGE MOYEN</u>
1966	9 ans 11 mois
1967	9 ans 2 mois
1968	9 ans 8 mois
1969	9 ans 11 mois
1970	9 ans 5 mois

Tableau 4

2°/ Si on considère l'âge des enfants en fonction du sexe (courbe B), on s'aperçoit qu'avant 5 ans les fillettes sont les plus nombreuses. Entre 5 et 8 ans, les 2 courbes ont tendance à se fusionner (égalité de filles et de garçons). De 8 à 14 ans, il y a une prédominance plus ou moins nette des enfants de sexe masculin.

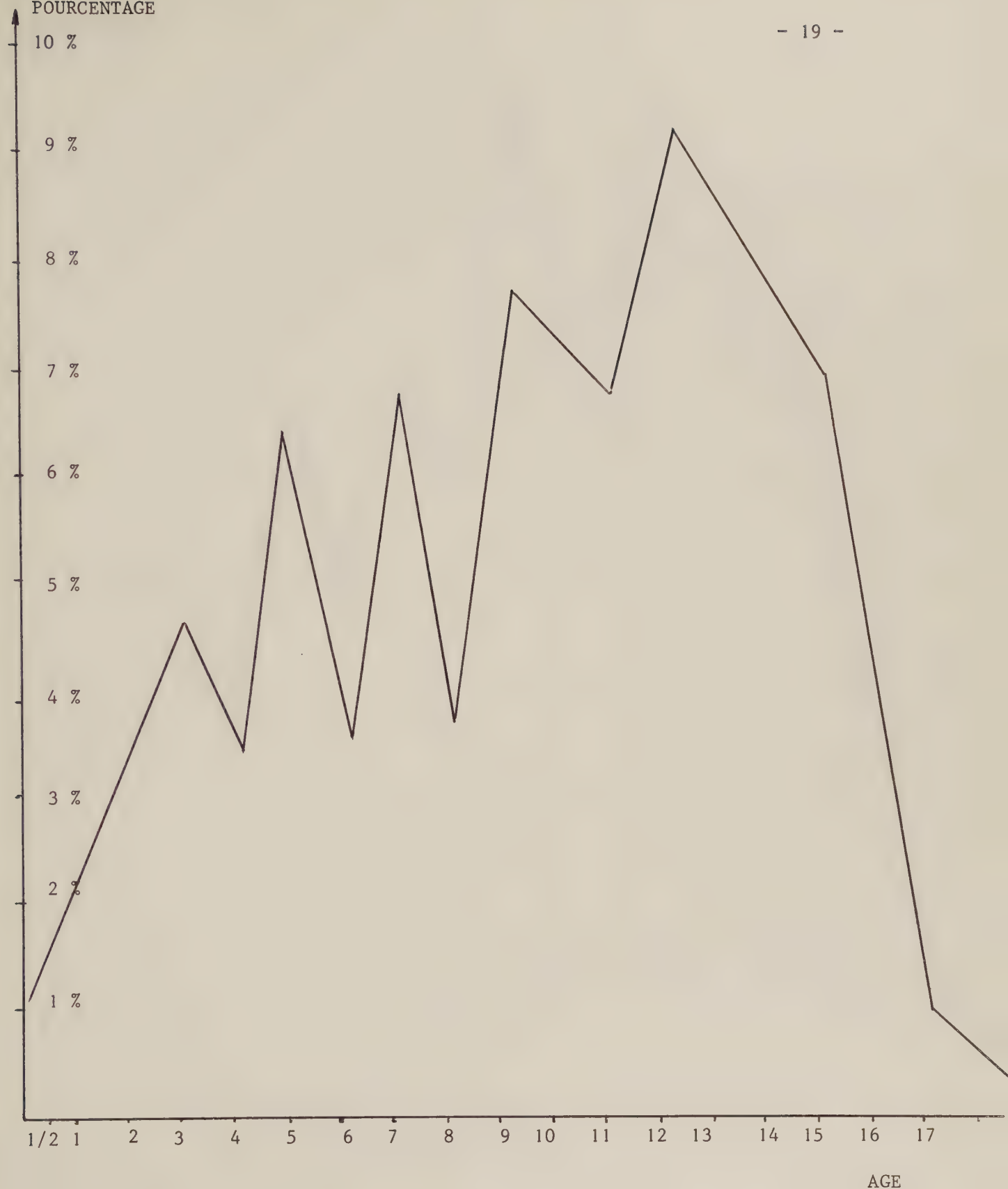
A 8 ans, 2/3 de garçons
A 9 ans, 62 %
A 10 ans, 51 %
A 11 ans, 54 %
A 12 et 13 ans, 52 %
A 14 ans, 55 %

A partir de 15 ans, il y a de nouveau une prédominance d'enfants de sexe féminin.

A 15 ans, 55 % de filles
A 16 ans, 68 %
A 17 ans, 56 %

POURCENTAGE

- 19 -



Courbe A

Tableau 4

POURCENTAGE

- 20 -

10 %

9 %

8 %

7 %

6 %

5 %

4 %

3 %

2 %

1 %

1/2 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17

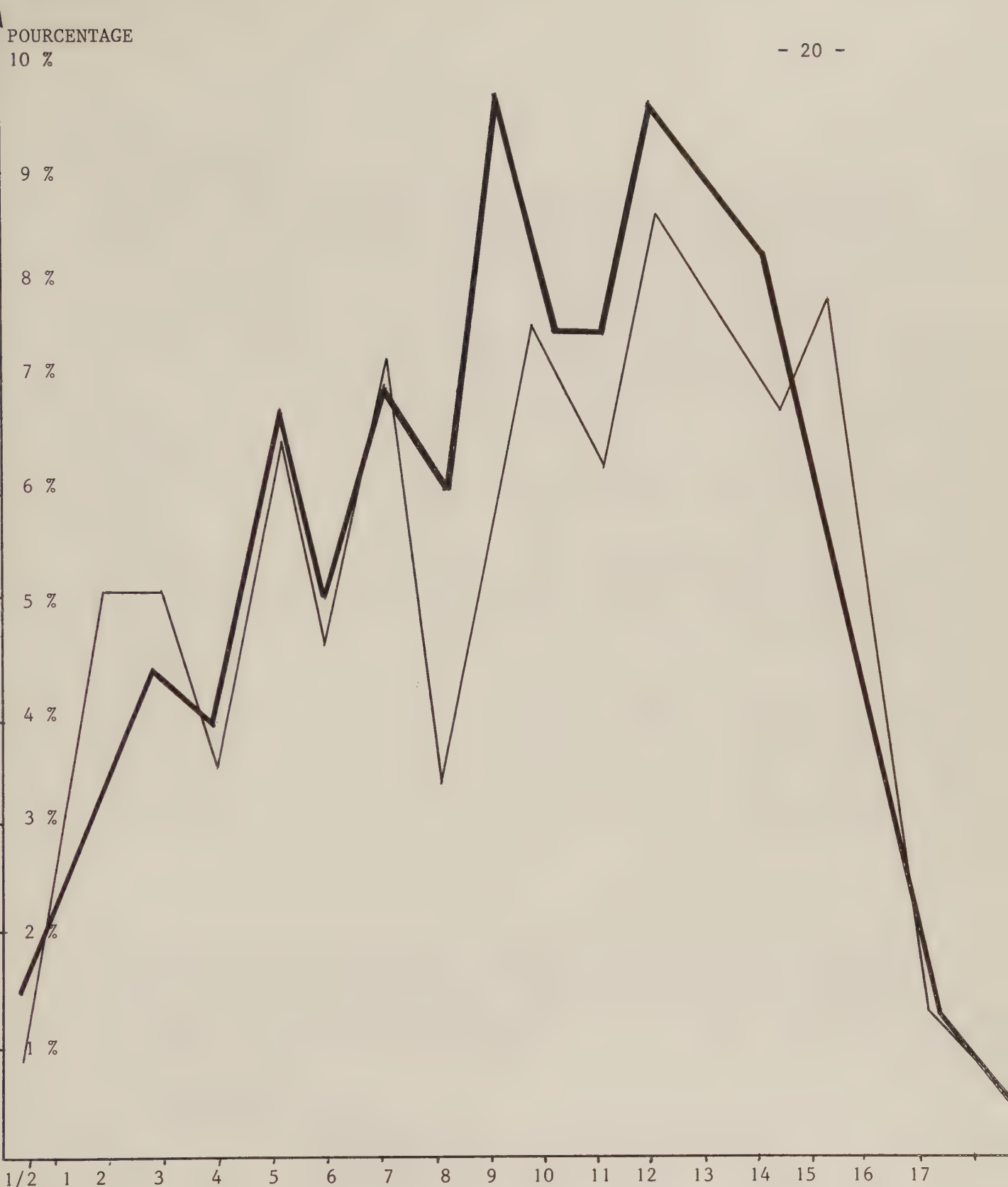
AGE

— GARCONS

— FILLES

Courbe B

Tableau 5



D.- DOMICILE D'ORIGINE

C'est de la manière la plus objective possible que nous nous proposons d'étudier le domicile d'origine des 1028 enfants hospitalisés dans le service du 1er Janvier 1966 au 31 Décembre 1970. (cf tableau ci-dessous).

DOMICILE	NOMBRE TOTAL D'HOSPITALISES	NOMBRE DE GARCONS	NOMBRE DE FILLES	% DE GARCONS	% DE FILLES	% GENERAL
Département du RHONE	461	269	192	58,3	41,6	44,84
Autres Départ. Français	561	339	222	60,4	39,6	54,57
Terri- toire d'Outre Mer	1	1	0	100	0	0,11
Etranger	5	3	2	0	40	0,48

Tableau 6

Nous constatons que 561 enfants soit 54,57 % des enfants hospitalisés sont originaires des départements français autre que celui du Rhône. Celui-ci fournit 461 enfants soit 44,84 % des enfants hospitalisés. Un nombre très faible d'enfants provient de l'étranger (5) et des Territoires français d'Outre Mer (1).

1°/ Département du Rhône

461 enfants sont originaires du département du Rhône.

189 (40,99 %) proviennent de la banlieue

149 (32,29 %) proviennent de LYON

123 (26,72 %) proviennent du reste du département.

a) banlieue lyonnaise

Les enfants de la banlieue hospitalisés dans le service proviennent essentiellement (cf tableau 7 et carte) de :

- La banlieue Est :
 - . du Nord au Sud
 - . Villeurbanne (39 enfants)
 - . Bron (29 enfants)
 - . Vénissieux (23 enfants)
 - . Plus accessoirement
 - . Vaulx en Velin (18 enfants)
 - . Décines Charpieu (11 enfants)
- La banlieue Nord :
 - . Caluire et Cuire (18 enfants)
- La banlieue Sud-Ouest :
 - . Oullins (12 enfants)

Toutes ces villes ont vu leur population s'accroître très rapidement depuis 1945 avec construction de grands ensembles et installations d'usines importantes et de grands complexes industriels. Ceci est surtout valable pour Villeurbanne et Bron.

VILLES	NOMBRE TOTAL HOSPITALISES	GARCONS	FILLES	% GARCONS	% FILLES	% PAR RAP- PORT A L'ENSEMBLE DE LA BANLIEUE
VILLEURBANNE	39	27	17	69,2	30,8	20,6
BRON	29	11	18	37,9	62,1	15,3
VENISSIEUX	23	14	9	60,9	39,1	12,2
VAULX EN VELIN	18	9	9	50	50	9,5
CALUIRE	16	12	4	75	25	8,5
OULLINS	12	8	4	66,6	33,3	6,3
DECINES	11	10	1	90	10	5,8
RILLIEUX	7	5	2	71,4	28,6	3,7
MEYZIEUX	6	6	0	100	0	3,2
ST-PRIEST	6	4	2	66,3	33,3	3,2
TASSIN 1/2 LUNE	6	4	2	66,3	33,3	3,2
SAINT FONS	5	2	3	40	60	2,6
STE FOY LES LYON	4	1	3	25	75	2,1
ST GENIS LAVAL	2	1	1	50	50	1
LA MULATIERE	1	1	0	100	0	0,5
ECULLY	2	2	0	100	0	1
CREPIEUX	1	1	0	100	0	0,5
JONAGE	1	1	0	100	0	0,5
TOTAL	189	119	70	63	37	

Tableau 7



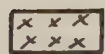
Nombre d'enfants hospitalisés



> 100



> 30



> 20



> 10



1 à 10

b) LYON

149 enfants hospitalisés dans le service sont originaires de la ville de LYON (soit 14,6 % de l'ensemble des hospitalisés).

43,31 % (66) d'entre eux habitent (cf Tableau 9 et carte) les VIIIème (Quartiers "Californie" "Etats Unis") et IXème arrondissement (Quartier "La Duchère") sur lesquels sont installés les plus grands ensembles H.L.M. de la ville de LYON.

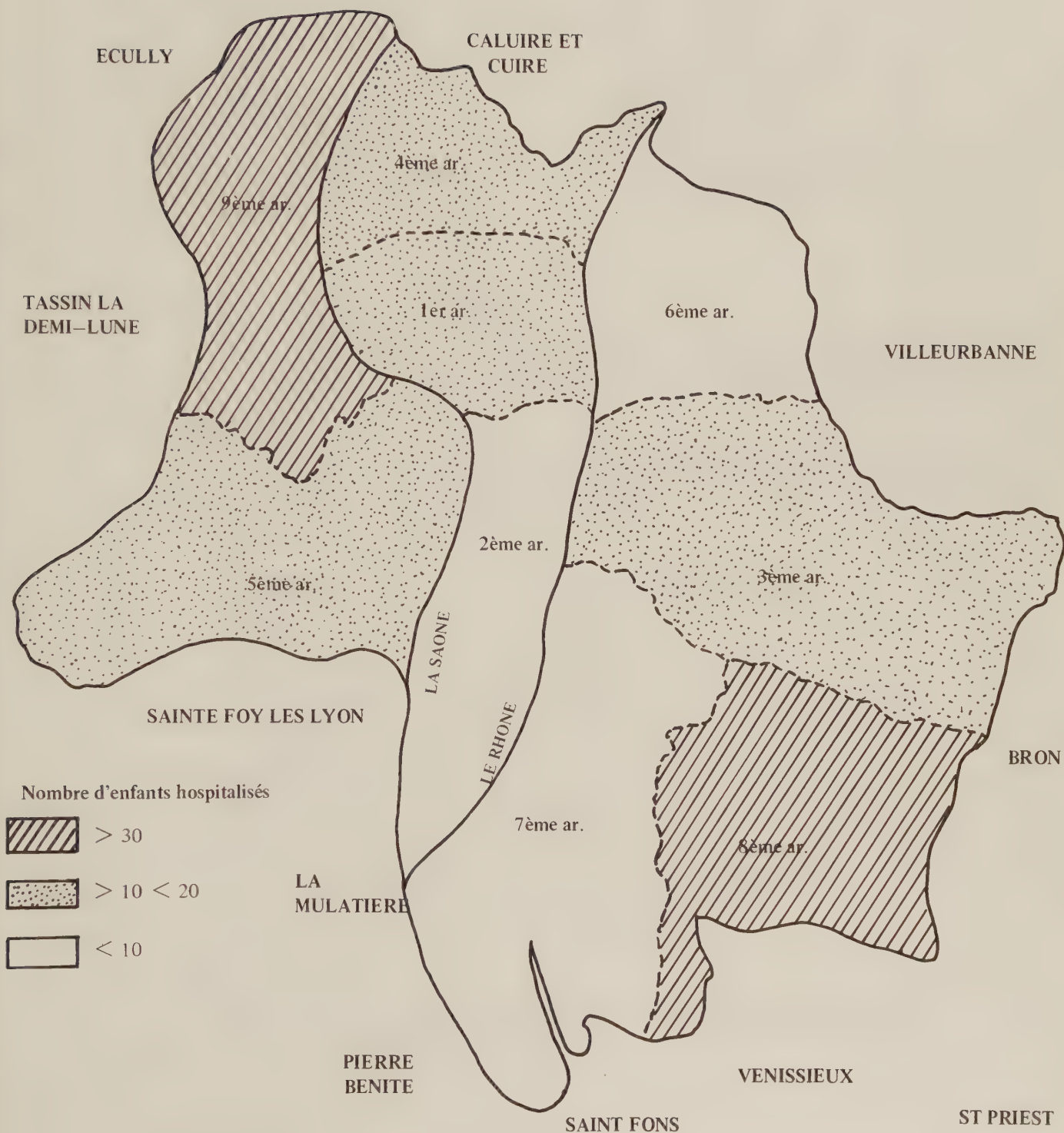
Peu d'enfants (14) par contre proviennent des IIème et VIème arrondissements. Le deuxième arrondissement occupe essentiellement la presque île entre le Rhône et la Saône, le sixième arrondissement sur la rive gauche du Rhône au Nord comprend le quartier bourgeois des Brotteaux.

c) Le reste du département

123 enfants en sont originaires (26,72 %).

Arrondissements de LYON	Nbre total d'hospitalisations	Nbre de garçons	Nbre de filles	% de garçons	% de filles	% des différents arrondissements lyonnais
I	16	11	5	68,8	31,2	10,73
II	7	3	4	57,2	42,8	4,69
III	19	13	6	68,5	31,5	12,75
IV	18	11	7	61,1	38,9	12,08
V	10	5	5	50	50	6,71
VI	7	3	4	57,2	42,8	4,69
VII	9	5	4	55,5	44,5	6,04
VIII	30	22	8	73,4	26,6	20,13
IX	33	22	11	66,7	33,3	22,18
TOTAL	149	95	54	63,8	36,2	

Tableau 9



CARTE B — TABLEAU 11



Tableau 10

2°/ Autres départements français

27 Départements français, Rhône excepté, fournissent 54,57 % (soit 561 enfants) des hospitalisations dans le service. La majorité de ces départements sont limitrophes de celui du Rhône : Centre, Bourgogne, Sud-Est

Mais seuls 11 départements envoient régulièrement (plus de 10 fois au cours des années étudiées) des enfants pour être hospitalisés dans le service. (voir Carte Tableau 13 C).

Il s'agit dans l'ordre de :

LA LOIRE	122	enfants
SAONE ET LOIRE	102	"
ISERE	79	"
AIN	66	"
DROME	46	"
HAUTE-SAVOIE	32	"
ARDECHE	21	"
JURA-SAVOIE	17	"
HAUTE-LOIRE	15	"
COTE D'OR	10	"
PUY DE DOME	10	"

3°/ Territoire d'Outre Mer

1 seul enfant vient des territoires d'Outre Mer.

4°/ Etranger

5 enfants hospitalisés dans le service viennent de l'étranger ;
4 d'Algérie et 1 enfant de Monaco.

Départements	Nbre d'enfants hospitalisés	Nbre de garçons	Nbre de filles	% par rapport aux autres départements	% par rapport à l'ensemble des consultations
LOIRE	122	71	51	21,7	11,9
SAONE & LOIRE	102	70	32	18,1	9,9
ISERE	79	39	40	14	7,7
AIN	66	42	24	11,7	6,4
DROME	46	31	15	8,2	4,5
HAUTE SAVOIE	32	22	10	5,7	3,1
ARDECHE	21	10	11	3,7	2
JURA	17	12	5	3	1,6
SAVOIE	17	9	8	3	1,6
HAUTE LOIRE	15	7	8	2,7	1,4
COTE D'OR	10	4	6	1,8	0,9
PUY DE DOME	10	7	3	1,8	0,9
ALLIER	5	4	1	0,9	0,5
VAR	3	2	1	0,5	0,3
DOUBS	2	2	0	0,4	0,2
BOUCHES DU RHONE	2	0	2	0,4	0,2
CHER	1	1	0	0,2	0,1
GARD	1	0	1	0,2	0,1
HAUTE GARONNE	1	1	0	0,2	0,1
LOZERE	1	1	0	0,2	0,1
HAUTE MARNE	1	0	1	0,2	0,1
NIEVRE	1	0	1	0,2	0,1
NORD	1	1	0	0,2	0,1
PAS DE CALAIS	1	1	0	0,2	0,1
HAUTE SAONE	1	1	0	0,2	0,1
SEINE MARITIME	2	0	2	0,4	0,2
VAUCLUSE	1	1	0	0,2	0,1
TOTAL DES HOSPI- TALISES DANS DES DEPARTEMENTS RHONE EXCEPTE	567	339	222		54,6

Tableau 12



Nombre d'enfants hospitalisés

 > 100

 > 50

 > 20

 > 10

 > 25 <

 1

TABEAU 13 C

E.- DUREE D'HOSPITALISATION

Le nombre de journées d'hospitalisations dans le service du 1er janvier 1966 au 31 Décembre 1970 est de 29156.

La durée moyenne d'hospitalisation dans le service au cours de ces 5 années est de 28,4 journées. Il est à noter une progression régulière de la durée d'hospitalisation de 1966 à 1970.

Les enfants de sexe féminin ont une durée moyenne d'hospitalisation plus élevée que celle des enfants de sexe masculin (29 journées contre 27,8 journées).

Années	Nbre de journées d'hospitalisations	Nbre de journées d'hospitalisations		Moyenne d'hospitalisations		Moyenne Générale °
		Garçons	Filles	°Garçons	°Filles	
1970	5890	3833	2057	32,7	22,3	28,1
1969	6468	3498	2998	31,5	37,3	33,8
1968	6163	3508	2655	25,9	30,9	27,8
1967	5460	3496	1964	26,8	25,5	26,3
1966	5157	2723	2434	22,9	30	25,7
1966 à 1970	29156	17058	12098	27,8	29	28,4

° Journées

Tableau 14

ETUDE DIAGNOSTIQUE

I.- POURCENTAGE DES AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES NEUROLOGIQUES ET NEURO-PSYCHIATRIQUES.

- a) Les enfants hospitalisés dans le service ont été répartis suivant la sémilogie présentée en 3 groupes :

GROUPE I : PSYCHIATRIE

GROUPE II : NEUROLOGIE (voir tableau 15)

GROUPE III : NEUROPSYCHIATRIE

Pour les années 1966 à 1970, les enfants du groupe I sont les plus nombreux (49,7 %) suivis par les enfants du groupe II (26,7 %) et des enfants du groupe III (23,6 %). Cet ordre se retrouve pour chacune des 5 années étudiées.

- b) Si on considère le sexe des enfants en fonction de cette classification on constate que :
- les filles sont hospitalisées plus souvent que les garçons, pour des motifs psychiatriques : 52,8 % des filles hospitalisées présentent une sémilogie psychiatrique pure contre 47,5 % des garçons.
 - les garçons par contre, présentent plus souvent un tableau neurologique (27 % des garçons contre 26,2 % des filles) et surtout neuropsychiatrique (25,5 % des garçons, 21 % des filles).

Années	Nbre de malades hospitalisés pour affections			% psychiatrie	% neurologie	% Neuro-psychiatrie
	Psychiatriques	Neurologiques	Neuro-Psychiatriques			
Total 209	93	55	61	44,5	26,3	29,2
1970 Filles 92	43	22	27	46,7	24	29,3
Garç. 117	50	33	34	42,8	28,2	29
Total 191	103	36	52	53,9	18,9	27,2
1969 Filles 80	50	16	14	62,5	20	17,5
Garç. 111	53	20	38	47,7	18	34,3
Total 221	114	66	41	51,5	30	18,5
1968 Filles 86	49	22	15	57	25,5	17,5
Garç. 135	65	44	26	48,1	32,6	19,3
Total 207	98	63	46	47,4	30,4	22,2
1967 Filles 77	41	22	14	53,2	28,6	18,2
Garç. 130	57	41	32	43,8	31,5	24,7
Total 200	103	54	43	51,5	27	21,5
1966 Filles 81	37	27	17	45,6	33,3	21,1
Garç. 119	66	27	26	55,4	22,7	21,9
1966 Total 1028	511	274	243	49,7	26,7	23,6
à Filles 416	220	109	87	52,8	26,2	21
1970 Garç. 612	291	165	156	47,5	27	25,5

Tableau 15

b) Atrophies

4 enfants hospitalisés (1 fille, 3 garçons) présentent de tels troubles.

Il s'agit de :

- ATROPHIE CEREBRALE	1 cas
- ATROPHIE CEREBELLEUSE	1 cas
- ATROPHIE CORTICO -SOUS-CORTICALE	1 cas
- ATROPHIE CORTICO -INSULAIRE	1 cas

c) Maladies dégénératives

6 enfants (5 garçons, 1 fille) ont des maladies dégénératives.

Il s'agit de :

- MALADIE DE FRIEDEREICH	3 cas
- SYNDROME DE ROUSSY LEVY	2 cas
- DEGENERESCENCE TAPETO RETINIENNE	1 cas

3°/ Les troubles moteurs

47 enfants présentent des troubles moteurs.

Ils se répartissent en :

- SYNDROME CEREBELLEUX (14 cas)	29,7 %	50 % garçons 50 % filles
- HEMIPLEGIE 13 cas	27,6 %	53,8 % garçons 46,2 % filles
- PARALYSIE DES NERFS CRANIENS 7 cas	14,9 %	5 garçons 2 filles
- PARAPLEGIE 5 cas	10,6 %	3 garçons 2 filles
- SYNDROME PYRAMIDAL 1 cas	2,1 %	
- SYNDROME EXTRA PYRAMIDAL 4 cas	8,5 %	
- POLYNEVRITE DE DEJERINE SOTAS 2 cas	4,3 %	
- PARALYSIE DU GRAND DENTELE 1 cas	2,1 %	

4°/ Les maladies infectieuses

Elles frappent électivement le garçon (72 %)

- ENCEPHALITE	12 cas	28,5 %
- MENINGITE	7 cas	16,6 %
- CHOREE AIGUE DE SYDENHAM	5 cas	11,9 %
- LEUCO ENCEPHALITE DE VAN BOGAERT	4 cas	9,5 %
- ABCES CEREBRAL	3 cas	7,1 %
- HEMATOMYELIE	2 cas	4,7 %
- PACHYMENINGITE	2 cas	4,7 %
- MENINGO ENCEPHALITE	2 cas	4,7 %
- CEREBELLITE AIGUE	1 cas	2,3 %
- EPIPHYSTE DE SCHEURMAN	1 cas	2,3 %
- GUILLAIN BARRE (Forme haute)	1 cas	2,3 %
- POLIOMYELITE	1 cas	2,3 %
- SYNDROME DE PARSONAGE TURNER	1 cas	2,3 %

5°/ Affections tumorales

21 enfants hospitalisés présentent des tumeurs cérébrales. Prépondérance des enfants de sexe masculin (73,8 %).

- TUMEURS DE LA FOSSE CEREBRALE POSTERIEURE	7 cas	33,3 %
- TUMEURS DES HEMISPHERES CEREBRAUX	6 cas	28,5 %
- TUMEURS DES VOIES OPTIQUES	2 cas	9,5 %
- TUMEURS DE LA REGION PINEALE	2 cas	9,5 %
- TUMEURS DU IIIème VENTRICULE	1 cas	4,8 %
- TUMEURS DU TRONC CEREBRAL	1 cas	4,8 %
- TUMEURS MEDULLAIRES	1 cas	4,8 %
- TUMEURS MENINGEES	1 cas	4,8 %

6°/ Affections musculaires

12 enfants hospitalisés présentent des affections musculaires (7 filles, 5 garçons).

Il s'agit pour 75 % de MYOPATHIE type DUCHENNE
et pour 25 % de Syndrome de WERDNIG-HOFFMANN.

7°/ Affections vasculaires

Elles sont relativement rares (5 cas).

- HEMORRAGIE MENINGEE 2 cas
- ANGIOME OCCIPITAL 1 cas
- ANGIOME VALLEE SYLVIENNE 1 cas
- SYNDROME BONNET BLANC DECHAUME 1 cas

8°/ Affections diverses

10 enfants entrent dans ce cas. Ils se répartissent en :

- SYNDROME DE LITTLE 4 cas
- MALADIE DE RECKLING HAUSEN 3 cas
- STURGE WEBER 2 cas
- BARRAQUERS SIMON 1 cas

III.- EPILEPSIES

1°/ Nombre

- . 156 enfants sur les 1028 hospitalisés de 1966 à 1970 présentent une épilepsie : soit 15,1 %.
- . Au cours des 5 années étudiées la proportion des enfants épileptiques est en progression constante (26 en 1966, 43 en 1970).

2°/ Sexe

Il y a une prépondérance nette des enfants de sexe masculin (62,2 %).

59 filles hospitalisées (14,2 % de l'ensemble des hospitalisés) sont épileptiques.

97 garçons hospitalisés (15,9 %) sont épileptiques.

% d'enfants épileptiques par rapport
à l'ensemble des enfants hospitalisés

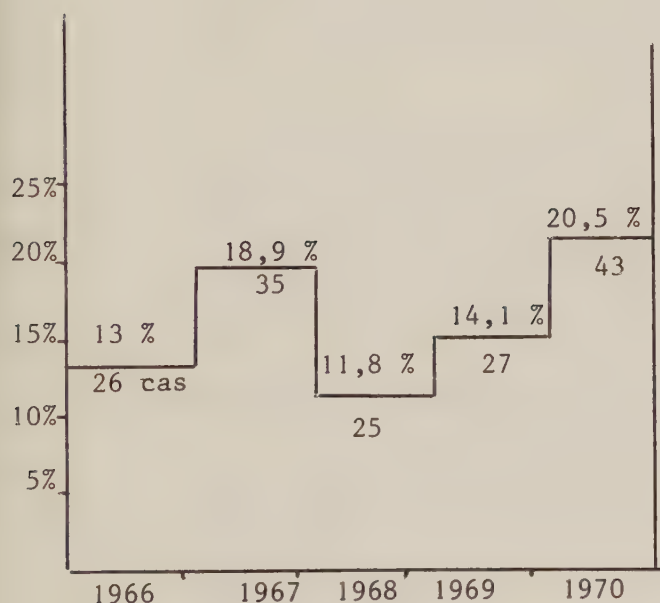


Tableau 16

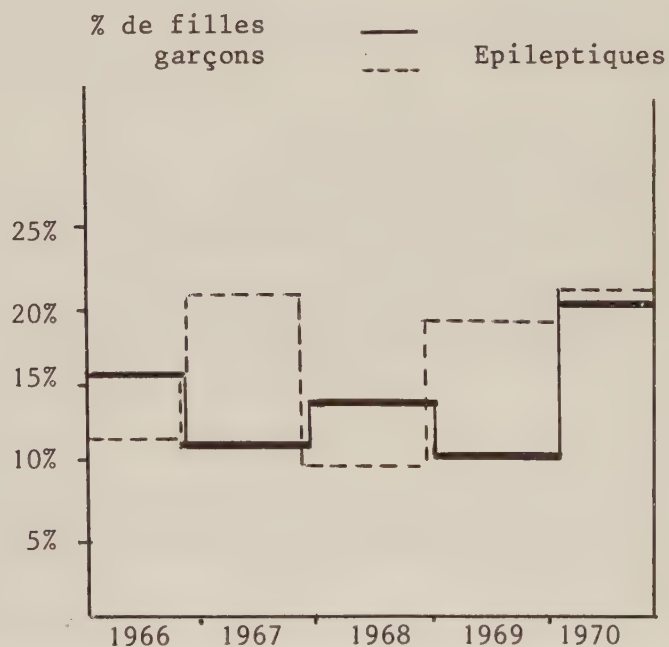


Tableau 17

3°/ Association Arriération mentale - Epilepsie

Les anciennes statistiques montrent un très haut pourcentage de retard intellectuel chez les épileptiques, mais cela est dû au choix des populations étudiées. Les opinions sont actuellement différentes : tous les niveaux d'efficiences intellectuelles peuvent s'observer chez les enfants comme chez les adultes épileptiques.

D'après G. DESHAIES, l'intelligence est normale ou supérieure à la normale dans 58 % des cas.

NUFFIELD dans une enquête sur 288 enfants suivis à la consultation d'épileptologie du MAUDSLEY HOSPITAL trouve un Q.I. de 89 contre 91 pour la population témoin.

Dans notre étude l'efficiences intellectuelle est normale dans 63,5 %.

Cette association DEBILITE - EPILEPSIE est plus fréquente chez la fille (41 % des filles épileptiques sont débiles contre 34 % des garçons).

Lorsque cette association existe, il s'agit de débilité légère 24,6 %
" moyenne 36,8 %
" profonde 38,6 %

4°/ Les troubles du caractère chez les épileptiques

Ils sont reconnus par tous les auteurs. Leur fréquence est par contre diversement appréciée : 50 % (HEUYER et DESHAIES 1944) 9 % (BRIDGE 1949), 12 % (ENDERSON 1953), 59,6 % NUFFIELD (1967).

Dans notre étude ces troubles du caractère sont présentés pour 32,6 %.

Prépondérance des enfants de sexe masculin : 38,1 % des garçons épileptiques sont des "caractériels" ; 23,7 % des filles seulement.

(Les différences de fréquence sont liées à des critères d'appréciation différents où la subjectivité joue un grand rôle et aussi au recrutement de ces enfants épileptiques. (Service de Médecine Générale de Pédiatrie, de neurologie, de neuropsychiatrie infantile....)).

5°/ Épilepsie - Troubles neurologiques

Les enfants épileptiques hospitalisés dans le service présentent d'autres troubles neurologiques (troubles moteurs ou sensitivo-sensoriels) pour 23,7 %.

Cette association est plus fréquente chez la fillette (27,1 %) que chez le garçon (21,6 %).

6°/ Epilepsie - Psychose

Les psychoses survenant chez l'épileptique ne diffèrent en rien des autres psychoses de l'enfant.

3,2 % des épileptiques de notre étude sont psychotiques (1,2 % des filles, 1,9 % des garçons).

7°/ Clinique

Les crises épileptiques appartiennent à deux groupes principaux : celles qui sont dues à la présence d'une lésion cérébrale décelable par les moyens d'investigations actuels (épilepsie lésionnelle) et celles pour lesquelles aucune cause organique n'est décelable (épilepsie idiopathique ou mieux cryptogénétique).

Dans notre étude :

- a) 93,6 % des épilepsies (146 cas) paraissent idiopathiques.
 - l'épilepsie convulsive généralisée (grand mal) est la plus fréquente 78,2 %.
 - Epilepsie "Petit mal" 2,5 % (4 cas).

Ce chiffre paraît bien faible quand on se rappelle que le petit mal représente 46 % des épilepsies de l'enfant (P. PASSOUANT 1959); il ne faut pas perdre de vue cependant que les enfants hospitalisés dans le service ont de 3 mois à 22 ans.

- Epilepsie partielle 7,7 % (12 cas).
 - . Epilepsie temporale 3,2 % 5 cas.
 - . Epilepsie Bravais Jackson 1,9 % 3 Cas.
- Epilepsie électrique 4,5 % 7 cas.
- Epilepsie Morpheique 0,6 % 1 cas.

- b) L'épilepsie est symptomatique dans 6,4 % (10 cas)

TUMEURS	3 cas
TRAUMATISME CRANIEN	3 cas
THROMBO PHLEBITE	1 cas
DIVERS	3 cas

IV.- ARRIERATION MENTALE

A.- GENERALITES

Au XIXème siècle , ESQUIROL sépara la démence de l'arriération mentale, démenbrant ainsi le vieux concept d'état déficitaire :

"L'homme en démence est privé des biens dont il était comblé, c'est un riche devenu pauvre; l'idiot, lui, a toujours été dans l'infortune et la misère".

En 1898, BINET fut chargé d'étudier les moyens propres à sélectionner les arriérés. Il prit des enfants de même âge et leur posa des questions en notant toutes leurs réponses. Les questions portaient sur la mémoire, l'observation, la réflexion, l'imagination, le jugement, l'interprétation des images, etc... Le maximum de réponses obtenues par des enfants de même âge indiquait que cette réponse devait être faite par la moyenne des enfants de même âge (AGE MENTAL). Avec la collaboration de Th. SIMON, BINET fut le père du critère psychométrique.

BINET définissait le débile simple comme ayant un retard de 2 ans s'il a moins de 9 ans ou un retard de 3 ans s'il a plus de 9 ans. Le niveau mental moyen étant de 12 ans.

TERMAN aux Etats Unis modifie et enrichit les tests mentaux de BINET - SIMON.

W STERN définit le quotient intellectuel :

$$QI = \frac{\text{Age mental}}{\text{Age réel}} \times 100 = 100 \text{ (moyenne)}$$

D'après ces données psychométriques on classe les déficients mentaux en idiots (QI se situant entre 0,25), imbéciles (QI 25; 40, 50) débiles mentaux (50-85). Ceux-ci se répartissent en débilés profonds moyens ou légers.

B. - RESULTATS

1. Fréquence

La fréquence globale de l'arriération mentale parmi les enfants hospitalisés au cours des 5 années 1966-1970 est de 37 % (381 cas).

2. Sexe

Les garçons (228 cas) sont proportionnellement plus nombreux que les filles (153 cas). 37,3 % des garçons hospitalisés présentent un arriération mentale contre 36,7 % des filles.

Cette prépondérance du sexe masculin se retrouve chez la plupart des auteurs.

Pourcentage d'enfants arriérés mentaux (A.M.) par rapport à l'ensemble des enfants hospitalisés.

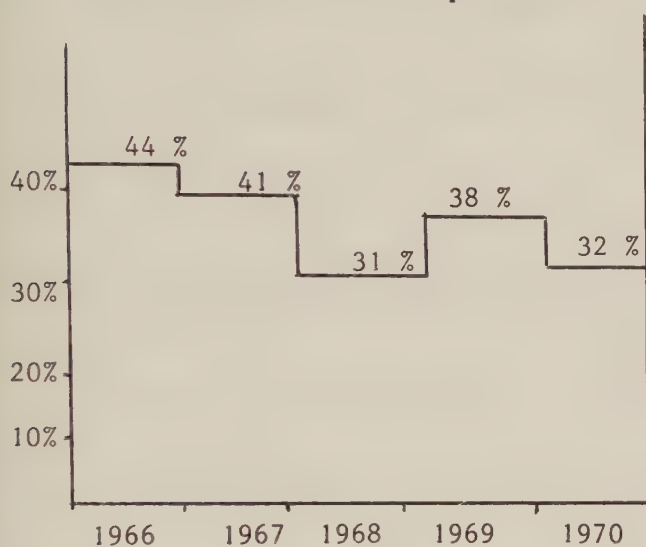


Tableau 18

Pourcentage d'enfants A.M. par rapport à l'ensemble des filles ou garçons hospitalisés

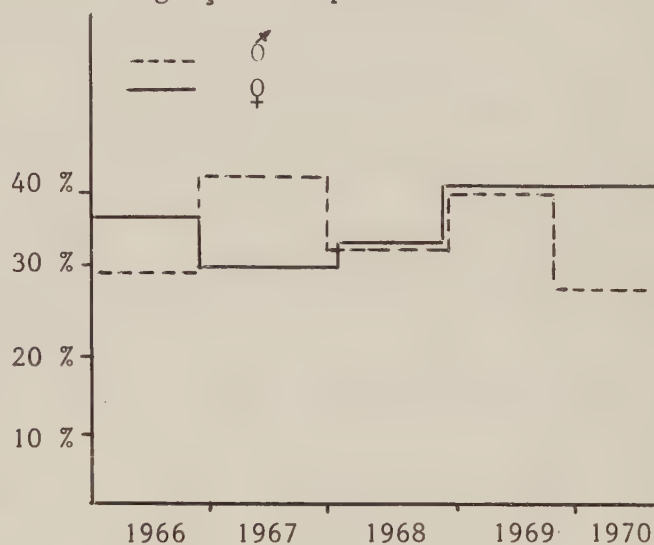


Tableau 19

3. La fréquence relative des débiles, imbeciles et idiots

Elle varie suivant les méthodes d'enquête et les milieux choisis. Ci-après, un tableau tiré du manuel de "Psychiatrie de l'enfant" de J. de AJURIAGUERRA.

AUTEURS	PAYS	POPULATIONS ETUDIEES	DEBILES	IMBECILES	IDIOTS
H. YANNET	U.S.A. 1957	Arriérés dans la population générale	75 %	20 %	5 %
H. YANNET	U.S.A. 1957	Arriérés institutionnalisés	40 %	30 %	30 %
G. VETT	AUTMAGNE 1940	Arriérés dépistés durant la période scolaire	86 %	12 %	2 %
T. KEMP	DANEMARK 1954	Arriérés dans la population générale	85 %	10 %	5 %
H.O. AKESSON	SUEDE 1961	Arriérés dans la population rurale	66,7 %	28 %	5,5 %
L.S. PENROSE	ANGLETERRE 1938	Arriérés institutionnalisés	49 %	34 %	17 %
J. CONSTANTINIDIS	GENEVE 1962	Arriérés dépistés durant la période scolaire	85,6 %	9 %	5,4 %

Tableau 20

D'après notre étude, les arriérés mentaux se répartissent ainsi :

DEBILES MENTAUX	96,1 %				
IDIOTS - IMBECILES	3,9 %				
DEBILES LEGERS	118 cas	30,9 %	(29,6 % filles, 70,4 % garçons)		
DEBILES MOYENS	123 cas	32,4 %	(41,4 % " 58,6 % ")		
DEBILES PROFONDS	125 cas	32,8 %	(48,8 % " 51,2 % ")		
IDIOTS-IMBECILES	15 cas	3,9 %	(40 % " 60 % ")		

La prépondérance du sexe masculin est surtout nette chez les débiles légers.

4. Association Arriération mentale - Troubles psychiatriques

- VERMEYLEN chargé avec TH. SIMON d'un rapport sur la débilité intellectuelle distingue plusieurs types cliniques.
 - . Le débile harmonique dont le retard intellectuel ne se complique d'aucun trouble du caractère et qui montre un certain équilibre dans son comportement ; il est "éducable perfectible et utilisable".
 - . Le débile dysharmonique qui ajoute à son insuffisance intellectuelle des troubles de l'affectivité et du comportement.
- D'après G. HEUYER, l'association des troubles affectifs et du comportement se retrouve dans près de 50 % des cas (débile instable, excité, apathique, émotif, puéril, etc...). Ces résultats rejoignent ceux de notre étude : 53 % de nos débiles (202 cas dont 82 filles et 120 garçons) présentent de tels troubles (53,5 % des filles, 52,5 % des garçons).
- L'association de troubles caractériels et de troubles du comportement avec une arriération mentale existe pour 29,1 % : 111 cas (47 filles et 64 garçons), (30,7 % des filles, 28 % des garçons).

Cette association est surtout fréquente chez les enfants débiles légers (42,6 %), les débiles moyens présentent de tels troubles dans 33,1 % des cas les débiles profonds 24,3 %.

5. Association Arriération - Epilepsie

Cette association pose des problèmes sociologiques, éducatifs et thérapeutiques particuliers.

La fréquence de l'épilepsie chez les arriérés mentaux est de
4,1 % B. HALLGREN et T. SJOGREN
7,6 ± 2,3 % H.O. AKESSON

Ce chiffre est beaucoup plus élevé dans le groupe des arriérés institutionnalisés : 27,6 % (L.J. PENRESSE). L'épilepsie est plus fréquente chez les arriérés profonds (11,4 % H.A. AKESSON, 13 % J. CONSTANTINIDIS) que chez les débiles (5,7 % ; 5,8 %).

Dans notre étude 14,4 % des arriérés mentaux hospitalisés (55 cas) dans le service sont épileptiques. Il existe une prépondérance nette du sexe masculin (16,2 % des garçons arriérés mentaux sont épileptiques (37 cas) ; 11,7 % des filles 18 cas).

Quand cette association arriération mentale - épilepsie existe, il s'agit dans
21,8 % de débiles légers
36,3 % de débiles moyens
34,6 % de débiles profonds
7,3 % d'idiots-imbéciles.

C.- ETIOPATHOGENIE DE L'ARRIERATION MENTALE

Il est classique d'affirmer que 2/3 des arriérations mentales restent cryptogénétiques. Il faut espérer qu'une meilleure connaissance des différentes encéphalopathies réduise quelque peu ce nombre, et ce, non pas dans le but d'améliorer leur classification mais dans l'espoir de meilleures possibilités thérapeutiques et préventives. Malheureusement, dans notre étude, une majorité trop importante d'arriération mentale (85,1 %) reste sans étiologie décelable. C'est donc seulement dans 14,9 % des cas (57 enfants sur 381) qu'une étiologie a pu être retrouvée.

a) Malformations encéphaliques craniennes	13 cas	22,8 %
. Microcéphalie	7 cas	12,3 %
. Craniosténose	3 cas	5,4 %
. Hydrocéphalie	2 cas	3,3 %
. Macrocéphalie	1 cas	1,7 %

b) Dysplasie neuroectodermique congénitale	5 cas	8,7 %
. Neurofibromatose de RECKLINGHAUSEN	2 cas	3,4 %
. Syndrome de STURGE WEBER	2 cas	3,4 %
. Syndrome de BONNET BLANC DECHAUME	1 cas	1,7 %

c) Aberrations chromosomiques	5 cas	8,7 %
-------------------------------	-------	-------

Il s'agit exclusivement de mongoliens (Trisomie 21) 1,3 % de nos arriérés mentaux sont donc mongoliens. Ce chiffre diffère sensiblement de ceux publiés par BOOK en 1953 (10 %) et J. CONSTANTINIDIS à GENEVE de 1951 à 1960 (5,6 %).

d) Arriération dysmétabolique	1 cas	1,7 %
-------------------------------	-------	-------

e) Arriération par Dysendocrinie (mixoedème congénital)	1 cas	1,7 %
--	-------	-------

f) Arriération acquise	32 cas	56,1 %
- Facteurs pathogènes in utéro	8 cas	14 %
. Embryopathie infectieuse	3 cas	5,3 %
. Prématuration	3 cas	5,3 %
. Post maturation	2 cas	3,4 %
- Facteurs pathogènes péri natals	8 cas	14 %
. Anoxie	5 cas	8,5 %
. Ictère	2 cas	3,4 %
. Hémorragie ante-partum	1 cas	1,7 %
- Facteurs pathogènes post natals	16 cas	28 %
. Encéphalite	8 cas	14 %
. Syndrome dégénératif	6 cas	10,5 %
. Abscess	1 cas	1,7 %
. Traumatisme	1 cas	1,7 %

V.- PSYCHOSES INFANTILES

A. GENERALITES

Peu de chapitres de la psychiatrie de l'enfant soulèvent autant de controverses que celui des psychoses car chaque école, sinon chaque auteur, les envisage sur un mode original.

Les psychoses de l'enfant sont d'individualisation récente, confondues pendant tout le XIXème et le début du XXème siècle aux idioties, démences et troubles du caractère.

Leur histoire débute avec SANCTE DE SANCTIS qui décrit en 1908 la démence précocissime (simple variété, en fait, de la démence précoce de KRAEPELIN). En 1908, également HELLER décrit la "démence infantile".

BLEULER signale que 4 % des schizophrénies débutent dans l'enfance

Entre 1930 et 1940, la notion de schizophrénie infantile va s'affirmer, émergeant du cadre des démences cryptogénétiques (Travaux de BLADLEY, ROTTER aux Etats-Unis, de TRAMER, HEUYER, LUTZ en Europe). En 1933, le terme de schizophrénie est employé pour la première fois chez l'enfant par ROTTER.

La place de la psychanalyse apparaît essentielle dans l'avènement et l'essor des nouveaux concepts : Mélanie KLEIN a su pénétrer mieux que quiconque le monde de la psychose en prolongeant l'oeuvre de S. FREUD dans un champ particulier où les lois de la névrose ne sont pas directement applicables.

L'école psychanalytique française se signale par les travaux de LEBOVICI et DIATKINE.

Le terme de psychose est apparu peu après en place de celui de schizophrénie (Travaux de DESPEKT).

En 1943, L. KANNER décrit "l'autisme infantile précoce". En 1952, MAHLER signale sa "psychose symbiotique" de fréquence non négligeable qui s'extériorise entre 2 ou 3 ans.

En 1957, G. HEUYER a donné une définition de la psychose de l'enfant: "une psychose chronique non primitivement dementielle, caractérisée par une perte de contact avec la réalité et la constitution d'une organisation autistique marquée de phénomènes spécifiques de régression et traduite par la dissociation".

R. MISES scinde les psychoses infantiles en deux groupes :

- PSYCHOSES PRECOCES (enfants âgés de moins de 4 ans)
 - . Formes autistiques
 - . Distorsions psychotiques précoces de la personnalité
- PSYCHOSES PLUS TARDIVES (enfants âgés de plus de 4-5 ans)
 - . Formes à type de destructuration
 - . Formes avec distorsions de la personnalité
 - . Psychose à expression déficitaire.

B. RESULTATS

1°/ Fréquence

70 enfants (6,8 % des enfants hospitalisés durant les 5 années considérées) sont psychotiques.

2°/ Sexe

Prépondérance nette des enfants de sexe masculin (63 %)

44 garçons (7,2 % des garçons hospitalisés) présentent un état psychotique contre 26 filles (6,2 %).

% D'enfants psychotiques par rapport à l'ensemble des enfants hospitalisés.

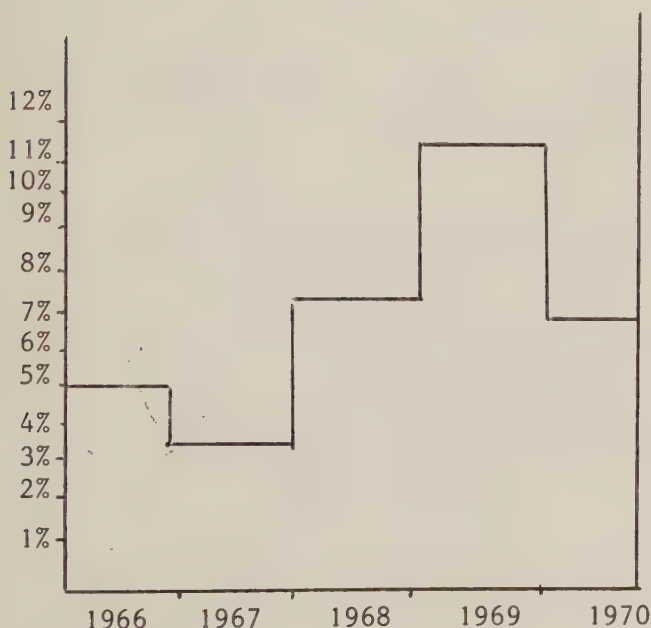


Tableau 21

% d'enfants psychotiques par rapport à l'ensemble des filles et garçons hospitalisés

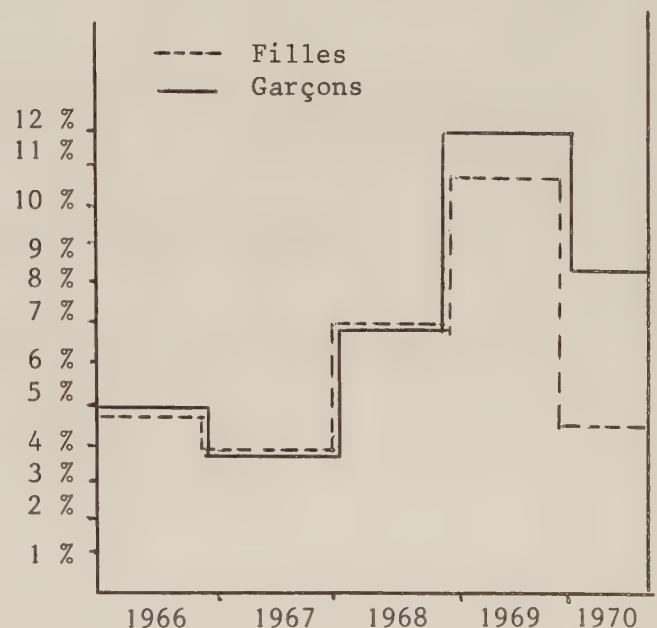
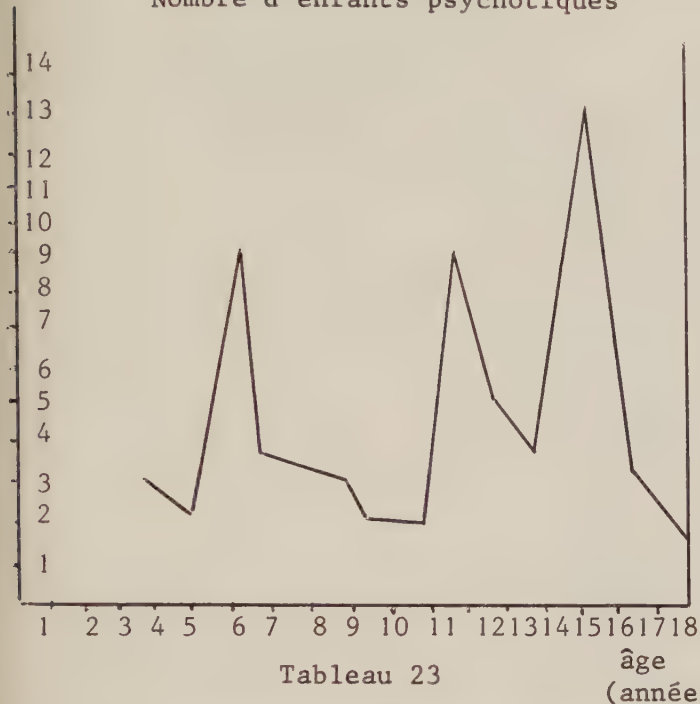


Tableau 22

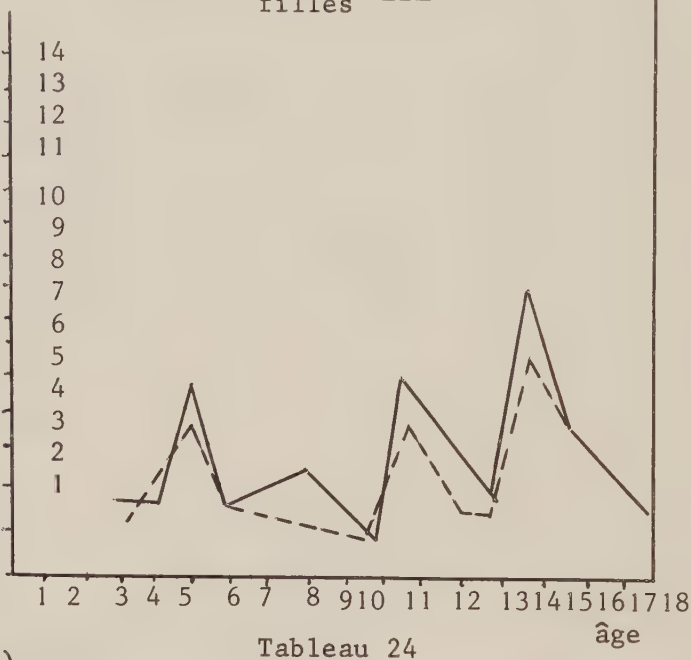
3°/ L'âge

L'âge moyen des enfants psychotiques hospitalisés dans le service est de 11 ans 10 mois. Les filles psychotiques sont légèrement plus âgées (12 ans) que les garçons psychotiques (11 ans 8 mois).

Nombre d'enfants psychotiques



Nombre de garçons — psychotiques
filles ----



On peut classer les psychoses "infantiles" en 3 catégories suivant l'âge.

- 1er groupe : Psychose précoce (de 0 à 3 ans)
- 2ème groupe : Psychose de la phase de latence (3 ans - puberté)
- 3ème groupe : Psychose des enfants de plus de 12 ans (il s'agit alors souvent de formes juvéniles état psychotiques de l'adulte).

Dans notre étude, aucun cas de "psychose précoce" n'a pu être retrouvé.
48,3 % (34 cas) des enfants appartiennent au 2ème groupe,
51,7 % (36 cas) au 3ème groupe.

Les formes infantiles des psychoses de l'adulte se répartissent en :

- Psychose maniaco-dépressive 4 cas
Il s'agit exclusivement de filles
 - 2 Mélancolies
 - 2 états maniaques.

- Schizophrénies	19 cas
6 filles	
13 garçons	
- Bouffées délirantes	13 cas
6 filles	
7 garçons.	

4°/ Domicile d'origine

42,8 % sont originaires du département du RHONE
 53 % banlieue lyonnaise
 27 % LYON
 20 % reste du département

55,7 % sont originaires des autres départements français
 27,5 % LOIRE
 17,5 % SAONE ET LOIRE
 17,5 % ISERE
 10 % DROME
 HAUTE SAVOIE
 5 % JURA
 AIN
 2,5 % COTE D'OR
 CREUSE
 SAVOIE

1,4 % des enfants psychotiques viennent de l'ETRANGER.

5°/ Moyenne d'hospitalisation

Elle est très supérieure à celle de l'ensemble des hospitalisés : 63,8 journées.

6°/ Efficiencie intellectuelle

Les examens psychométriques pratiqués chez les enfants psychotiques hospitalisés dans le service révèlent des quotients intellectuels du niveau de l'arriération mentale profonde dans 11,4 %. Il faut rappeler (AJURIAGUERRA) "que les instruments d'examens choisis ne sont pas tout à fait appropriés à l'étude de ce type de malades ; en outre, ces enfants sont souvent peu motivés par l'examen psychométrique et leurs réponses sont souvent inadéquates ; leur fluctuation de l'attention, leur fatigabilité ou leur désintérêt rendent compliquée l'évaluation des résultats".

7°/ Epilepsie-Psychose

7,1 % des enfants psychotiques ont fait une ou plusieurs crises épileptiques.

8°/ Sous le nom de cas "border lines", cas frontières, cas avec un développement atypique, état pré-schizophrénique, on décrit une catégorie de malades qui présentent des traits d'aspect névrotiques ou psychopathiques, mais, qui, d'un point de vue dynamique et évolutif restent difficiles à classer.

1,25 % des enfants (12 cas) hospitalisés présentent de tels troubles. (Prédominance nette d'enfants de sexe masculin 68 %).

VI.- ORGANISATION NEVROTIQUE

A. GENERALITES

Williams COLLON, médecin écossais, a en 1777 introduit le terme de névrose qui vint à signifier d'abord une affection caractérisée par une symptomatologie organique ne se rapportant à aucune lésion décelable et dont on présumait la cause dans un dérangement global du système nerveux.

La notion de névrose infantile, inexistante avant les découvertes de S. FREUD, est inséparable du fondement même de la psychanalyse.

La névrose est "une affection psychogène où les symptômes sont l'expression symbolique d'un conflit psychique trouvant ses racines dans l'histoire infantile du sujet et constituant des compromis entre le désir et la défense". (LAPLANCHE et PORTALIS : Vocabulaire de Psychanalyse).

B. RESULTATS

1°/ Fréquence

60 enfants soit 5,8 % des enfants hospitalisés dans le service au cours des 5 années (1966-1970) présentent une organisation névrotique.

2°/ Sexe

Prédominance nette des enfants de sexe féminin (2/3).

3°/ Clinique

Il s'agit :

ANGOISSES	5 cas	8,4 %
PHOBIES	13 cas	21,6 %
OBSSESSIONS	9 cas	15 %
MANIFESTATIONS		
HYSTERIQUES	33 cas	55 %

a) L'angoisse

Représente donc 8,4 % des organisations névrotiques, soit sous forme de réactions d'angoisse épisodique, soit de réactions d'angoisse aiguës, ou même de fond d'angoisse chronique.

Il s'agit de filles dans 80 % des cas.

L'âge moyen se situe vers 10 ans.

b) Les phobies

Représentent de grandes variétés chez l'enfant où elles apparaissent comme assez spécifiques : la phobie est la "névrose normale de l'enfant" (FREUD).

Prépondérance des enfants de sexe masculin (70 %).

Age moyen : 11 ans 1/2.

c) Le syndrome obsessionnel

Constitue 15 % des organisations névrotiques.

Il est souvent difficile chez l'enfant de faire la différence entre le syndrome phobique et le syndrome obsessionnel. Les cas où ces deux symptômes sont associés sont loin d'être exceptionnels (35 % dans notre étude).

Prépondérance nette des enfants de sexe féminin (2/3).

L'âge moyen est assez élevé, 14 ans 10 mois.

d) L'hystérie

Classiquement la fréquence de l'hystérie chez l'enfant est peu élevée. D'après l'analyse de 22000 dossiers de la clinique de neuropsychiatrie infantile de PARIS, S.A. VAUGELADE (1958) ne retient que 29 observations soit 0,13 % ; mais il admet que le pourcentage réel doit être supérieur.

D'après notre étude, l'hystérie existe chez 2,5 % des enfants hospitalisés.

Prépondérance nette des enfants de sexe féminin (79 %).

Age moyen : 12 ans 3 mois.

Les manifestations hystériques sont en principe très analogues chez l'enfant et l'adulte. Cependant l'hystérie de conversion dans ses formes élaborées s'observe exceptionnellement chez le jeune enfant.

Ces manifestations hystériques se répartissent en :

- . des manifestations somatiques durables 9 cas 28 %
 - Troubles moteurs (3 cas) 1/3
 - Troubles somato-viscéraux (6 cas) 2/3
 - 1/3 Céphalées
 - 2/3 Aphonie-Apnée
- . des manifestations somatiques épisodiques 24 cas 72 %
 - Crises d'hystérie typique
 - Crises de gesticulations avec mouvements désordonnés
 - Cris - crises de larmes
 - Activités auto agressives

L'association épisodes hystériques-Tétanie se rencontre dans 25 % des cas.

VII.- A. DEPRESSION

A. GENERALITES

La notion de dépression chez l'enfant est envisagée de manière fort différente par tous les auteurs, aussi bien du point de vue sémeiologique que du point de vue pathogénique.

Mélanie KLEIN définit "la position dépressive" (qui fait suite à la "position paranoïde schizoïde") comme la phase de développement dans laquelle le nourrisson reconnaît un objet total et se situe par rapport à lui.

R. SPITZ décrit chez l'enfant normal l'angoisse du 6ème mois et la "dépression anaclitique" qui se caractérise par un désintérêt progressif face à l'entourage, une perte d'appétit, un trouble du développement pondéral et général.

Pour M. SPERLING, la dépression est loin d'être rare chez les enfants, il admet comme signes de dépression, des perturbations du système digestif, du sommeil, du prurit, des céphalées migraineuses, un retard moteur. De même, J.M. TOOLAN admet que chez les enfants plus âgés les problèmes de comportement remplacent les syndromes dépressifs.

Tous les auteurs cependant s'accordent pour admettre que le dénominateur commun à toutes les réactions dépressives est la perte de l'objet d'amour désiré (perte réelle ou phantasmée).

B. RESULTATS

1°/ 32 enfants soit 3,1 % des enfants hospitalisés présentent un état dépressif, légère prédominance des enfants du sexe féminin 17 cas (53 %).

L'âge moyen des enfants déprimés est 13-14 ans.

2°/ Ces états dépressifs sont accompagnés dans 43,7 % de tentative de suicide.

12,5 % des enfants déprimés présentent une personnalité obsessionnelle ; 12,5 % présentent des troubles caractériels sévères.

3°/ 37,5 % des syndromes dépressifs sont apparus en 1968.

VII.- B. TENTATIVE DE SUICIDE

Toute tentative de suicide, quelle qu'elle soit, malgré son caractère souvent dérisoire ou spectaculaire doit être prise au sérieux.

1°/ Fréquence

40 enfants soit 3,9 % des enfants hospitalisés dans le service ont fait une tentative de suicide.

35 % des suicidants ont été hospitalisés en 1968.

2°/ Sexe

Prépondérance nette des enfants de sexe féminin (65 %).

C'est ainsi que 6,2 % des filles hospitalisées sont des suicidantes contre 2,3 % des garçons seulement.

3°/ L'âge

La moyenne d'âge de nos suicidants est de 13 ans 11 mois. Age plus élevé chez les filles (14 ans 2 mois) que chez les garçons (13 ans 1/2).

4°/ Tentative de suicide et nosographie psychiatrique

L'acte suicidaire se rencontre pratiquement dans la quasi-totalité de la nosographie psychiatrique, mais tout acte suicidaire n'implique pas nécessairement l'existence d'une pathologie psychiatrique ancrée.

Dans notre étude :

37,5 % des suicides sont liés à un état dépressif (névrotique souvent de type "réactionnel", dans 2,5 % des cas où cette association existe, il s'agit d'un état mélancolique).

25 % de nos suicidants présentent un déséquilibre psychique entraînant une vie cahotique inadaptée, instable, constamment entrecoupée de passages à l'acte (impulsions, fugues, délits) où l'on peut retrouver une faiblesse du Moi, de la personnalité, aboutissant à un retournement impulsif dans le sens du suicide.

Mais dans la plupart des autres cas, il n'y a pas de structure psychotique nette, pas de structure dépressive franche, pas non plus de névrose constituée avec son armature mais un état de flottement, de malaise vital ; c'est ce que P. MALE a appelé "la morosité juvénile" avec absence de possibilités d'investissement des êtres et des choses.

VIII.- TROUBLES DU CARACTERE ET DU COMPORTEMENT - PERSONNALITES DELINQUANTES.

A.- LES TROUBLES DU CARACTERE ET DU COMPORTEMENT

229 enfants (22,2 % des enfants hospitalisés) présentent de tels troubles.

Ils sont beaucoup plus fréquents chez les garçons 169 enfants soit (27,6 % des garçons entrent dans ce groupe contre 14,5 % (60 cas) des filles).

L'association de ces manifestations caractérielles avec l'épilepsie se rencontre dans 16,1 % des cas.

(17,1 % des garçons "caractériels" sont épileptiques, 13,3 % des filles).

Leur association avec un état de déficience mentale est très fréquente (47,1 %). Les filles "caractérielles" sont plus débiles que les garçons (48,3 % contre 46,8 %).

B.-LES PERSONNALITES DELINQUANTES

1°/ Atteinte à la propriété

La notion de vol suppose , comme l'indique G. HEUYER, la notion claire de la propriété ainsi que celle du bien et du mal dans sa référence familiale et sociale. Il ne sera considéré comme tel, d'après cet auteur, qu'après le début de la scolarité (6 ou 7 ans) au moment où se constitue le sens social autonome.

14 enfants (1,36 % des hospitalisés) sont des "enfants voleurs" (c'est-à-dire, qu'ils volent avec une certaine permanence de façon habituelle).

Prépondérance nette des enfants de sexe masculin (85 %).

2°/ Fugues

Dans le cadre de l'inadaptation infantile ou juvénile l'abandon du domicile est relativement fréquent : 38 enfants (3,7 % des enfants hospitalisés dans le service) ont fait des fugues. Il s'agit surtout de garçons (58 %).

39 % des fugues se sont produites en 1968.

Les enfants fugueurs présentent souvent d'autres symptômes psychiatriques : c'est ainsi que dans notre étude 16 % d'entre eux présentent une arriération mentale ; 10 % sont épileptiques, 23,7 % sont des suicidants, 11 % ont commis d'autres actes de délinquance.

IX.- DESORDRES ORO-ALIMENTAIRES

Ils sont constitués exclusivement par l'anorexie mentale (8 cas soit 0,76 %).

D'après le recensement de la littérature médicale, M. HAGUENAU et C. KOUPERNIK signalent que selon les auteurs la fréquence du sexe masculin oscille entre 3 et 20 %. Dans notre étude cette fréquence est de 12,5 % (1 cas).

7 cas d'anorexie mentale essentielle de la jeune fille ont été retrouvés (1,7 % des filles hospitalisées présentent donc de tels troubles).

L'âge moyen de ces jeunes filles est de 14 ans 3 mois.

Leur moyenne d'hospitalisation : 54 jours 1/2.

X.- TROUBLES DU CONTROLE SPHINCTERIE

A.- GENERALITES

Ces troubles donnent naissance à 2 grands groupes de symptômes :
L'ENURESIE et L'ENCOPRESIE.

1°/ La définition la plus classique de l'énurésie est celle de SCHACTER et COTTE (1941) "L'énurésie est une miction à la fois active et complète, involontaire et inconsciente survenant le plus souvent au cours du sommeil chez un enfant ayant dépassé l'âge de 3 ans".

La définition de HALLGREN date de 1957 "miction involontaire et répétée après la 4ème année de la vie et ne pouvant être attribuée à aucune lésion organique flagrante. La grande majorité des malades sont atteints d'énurésie nocturne".

2°/ L'encoprésie se définit traditionnellement comme une défécation involontaire survenant chez un enfant de plus de 2 ans en l'absence de toute affection évidente du système nerveux central.

B.- RESULTATS

1°/ Fréquence

Elle est difficile à établir, les chiffres statistiques varient selon le milieu recensé et selon l'âge.

D'après HOFFMANN et BAWKIN, ces chiffres vont de 5 à 26 %. Cette fréquence atteindrait 10 % des enfants de 6 à 10 ans dans la consultation de neuropsychiatrie infantile. DUCHE dénombre 380 énurétiques sur 1000 enfants consultants dans les dossiers du Professeur HEUYER.

Dans notre étude 2,2 % (23 cas) des enfants sont énurétiques. Ce chiffre paraît bien faible mais il s'agit d'enfants chez qui l'énurésie est le "maître symptôme" provoquant des problèmes psychologiques chez les enfants ou les parents, tels qu'ils ont nécessité l'hospitalisation.

L'encoprésie est un trouble relativement rare. Dans les consultations de neuropsychiatrie infantile on compte classiquement 1 encoprétique pour 6 à 10 énurétiques.

0,75 % des enfants hospitalisés dans le service sont encoprétiques.

2°/ Sexe

En ce qui concerne le sexe, la plupart des auteurs signalent un taux d'énurésie plus élevé chez le garçon. que chez la fille. (En moyenne 2 garçons pour une fille).

CAMPBELL, au contraire, étudiant une population de 1500 énurétiques trouve une relative égalité entre les 2 sexes avec même une légère prédominance féminine.

Nos résultats rejoignent ceux de la majorité des auteurs avec une prédominance nette des enfants du sexe masculin : 92,5 %.

De même le sexe masculin prédomine dans toutes les statistiques d'encoprétiques (67 à 86 %), dans notre travail, nous trouvons 87,5 % de garçons.

3°/ Association ENURESIE-ENCOPRESIE

Elle est suffisamment fréquente pour être soulignée (42 % d'après P. DEBRAY et B. MEUKIAN), 17,5 % dans notre étude.

4°/ Enurésie primaire - Enurésie secondaire

On reconnaît habituellement 2 formes d'énurésie, celle qui date de la naissance (énurésie congénitale ou énurésie primaire) et celle qui est apparue après plusieurs mois ou années de propreté (énurésie acquise ou secondaire).

L'énurésie primaire est la plus fréquente (B. HALLGREN 85 %, M. SCHACHTER et COTTE 97,93 %, BATTY 70 %). Dans notre étude 95 % des énurésies sont primaires.

5°/ Efficience intellectuelle des énurétiques

Il est classique d'affirmer qu'il n'y a pas de rapport entre le niveau d'intelligence et l'existence d'une énurésie. Les niveaux des quotients intellectuels de 2 groupes d'enfants, l'un énurétique, l'autre normal donnent semblable courbe de GAUSS. LESNE et LIEURE sur 61 énurétiques trouvent 56 enfants au niveau mental normal. Y. FAYOL affirme que 84 % des énurétiques ont un niveau intellectuel normal. D'autres auteurs sont moins optimistes. DUCHE donne le Q.I. moyen de 73 pour les énurétiques mais il ajoute d'ailleurs que "les statistiques ont été faites à partir des enfants présentés à une consultation de neuropsychiatrie infantile, ce qui a tendance à augmenter la proportion de débiles dans la population étudiée". C'est ce qui peut expliquer que dans notre étude, l'association débilité-énurésie se retrouve dans 30,4 % des cas.

6°/ Association Enurésie-troubles affectifs

65 % des enfants énurétiques hospitalisés présentent des troubles affectifs.

XI.- RETARD DE LANGAGE

1,9 % des enfants hospitalisés (20 cas) présentent un retard de langage important.

La prépondérance du sexe masculin est frappante (85 %).

L'association de tels troubles avec un état d'arriération mentale est de 75 % (45 % débilité moyenne, 30 % débilité légère).

20 % des enfants qui présentent des troubles du langage sont "caractériels".

XII.- DESAFFERENTATION SENSORIELLE

A.- SURDITE

1,07 % (11 cas) des enfants hospitalisés sont sourds (surdité congénitale ou acquise).

Prépondérance du sexe féminin (54,5 % (6 cas).

18,1 % des enfants atteints de surdité sont sourds et muets.

L'enfant sourd présente des désordres du développement intellectuel (P. OLERON, AIFOLTER). Dans notre étude 72,7 % des sourds sont débiles (63 % sont des débiles profonds, 37 % des débiles moyens).

Les désordres de la personnalité et du développement affectif sont fréquents. La tendance aux manifestations caractérielles de type psychopathique se retrouvent dans 18,1 % des cas.

B.- CECITE

0,67 % (7 cas) des enfants hospitalisés présentent des troubles visuels . Il s'agit dans 5 cas d'aveugles et dans 2 cas d'amblyopes.

XIII.- TICS

A.- GENERALITES

C'est à TROUSSEAU (1873) à J.M. CHARCOT (1887) et à E. BEISSAUD (1893) que l'on doit les premières descriptions cliniques des tics.

Gilles de la TOURETTE isola en 1885 une variété particulière (la maladie des tics convulsifs) qui porte son nom.

Le travail le plus important sur la question a été écrit par MEIGE et FREINDEL.

B.- RESULTATS

1°/ Fréquence

0,87 % des enfants hospitalisés (9 cas) présentent des "tics".

2°/ Sexe

Prépondérance nette des enfants du sexe masculin (78 %).

3°/ Efficiencie intellectuelle des enfants tiqueurs

Dans notre étude, 44 % des enfants tiqueurs présentent une arriération mentale (50 % des enfants tiqueurs sont des débiles moyens, 50 % sont des débiles profonds).

4°/ Dans 1/3 des cas, le tic paraît être une manifestation paroxystique d'une inadaptation au milieu auquel s'associent des comportements faits de turbulence et d'attitude contrainte, d'agressivité et de crainte.

	Nbre total d'enfants	Nombre ♂	Nombre ♀	%	% ♂	% ♀
ARRIERATION MENTALE	381	228	153	37	59,1	40,1
TROUBLES DU CARACTERE ET DU COMPORTEMENT	229	169	60	22,2	73,8	26,2
EPILEPSIES	156	97	59	15,1	62,2	37,8
PSYCHOSE INFANTILE	70	44	26	6,8	63	37
ORGANISATION NEVROTIQUE	60	20	40	5,8	1/3	2/3
PERSONNALITE DELINQUANTE	52	36	18	5	2/3	1/3
TENTATIVE DE SUICIDE	40	14	26	3,9	35	65
DEPRESSION	32	15	17	3,1	47	53
ENURESIE ENCOPRESIE	23	19	4	2,2	92,5	7,5
RETARD DE LANGAGE	20	17	3	1,9	85	15
DESAFFERENTATION SENSORIELLE	18	10	8	1,74	54,8	45,6
TICS	9	7	2	0,87	78	22
DESORDRES ORO-ALIMENTAIRES	8	1	7	0,77	12,5	87,5

Tableau récapitulatif n° 25

PERSONNALITE DE L'ENVOYEUR

Au cours des 5 années étudiées , nous avons essayé de connaître la personnalité de celui qui adresse l'enfant dans le service.

Il s'agit dans 92,5 % des cas de médecins (médecins généralistes, ou plus souvent de spécialistes : pédiatre, psychiatre ou neuropsychiatre).

5,4 % des enfants hospitalisés sont adressés à la suite d'une consultation médico-pédagogique.

1,4 % sont envoyés directement par les parents.

0,3 % sont envoyés par des assistantes sociales.

Ces proportions se retrouvent dans chacune des années de 1966 à 1970.

TESTS MENTAUX

A.- GENERALITES

L'association internationale en psychologie a adopté la définition suivante du test mental : "c'est une épreuve définie impliquant une tâche à remplir identique pour tous les sujets examinés, avec une technique précise pour l'appréciation du succès ou de l'échec ou pour la notation numérique de la réussite".

On distingue les tests projectifs qui étudient la personnalité et l'affectivité (RORSCHACH, C.A.T....) de la psychométrie (ou tests de niveau : WECHSLER, ZAZZO, BINET-SIMON, Terman ...) dont l'objet est la mesure de l'intelligence et des aptitudes. Cette distinction toutefois est en partie inexacte de nos jours car il existe une psychométrie de la personnalité et de l'affectivité (MMPI) et certains tests projectifs (RORSCHACH par exemple) permettent l'étude de l'intelligence.

B.- RESULTATS

Il a été pratiqué du 1er janvier 1966 au 31 décembre 1970, 928 tests mentaux qui se répartissent en 527 tests de niveau et 401 tests projectifs.

Prépondérance donc nette des tests de niveau (56,8 %).

Dans 78,2 % des cas, les tests de niveau et les tests projectifs ont été pratiqués conjointement.

Dans 17,6 %, les tests de niveau ont été pratiqués seuls.

Dans 4,2 %, les tests projectifs ont été pratiqués seuls.

L'analyse minutieuse des dossiers de tous les enfants hospitalisés au cours des 5 années étudiées démontre qu'il aurait fallu pratiquer 536 tests mentaux supplémentaires (240 tests de niveau et 296 tests projectifs) ce qui correspond à 36,4 % de l'ensemble des tests pratiqués (16,4 % des tests de niveau et 20,4 % des tests projectifs).

MOTIFS D'HOSPITALISATION ET DIAGNOSTIC REEL

Les différences notables entre les motifs d'hospitalisation et les diagnostics établis dans le service sont rares (3,6 %). Ce faible pourcentage d'erreur de diagnostic s'explique d'abord par la qualité de la personnalité de l'envoyeur mais aussi par l'imprécision qui caractérise trop souvent la rédaction de ces motifs, de nombreux malades sont en effet envoyés "pour un bilan ou des troubles psychiatriques ou neurologiques".

Les erreurs de diagnostic portent essentiellement sur les affections psychotiques :

11,50 % des enfants psychotiques sont envoyés dans le service avec un diagnostic erroné.

Il s'agit de :	troubles caractériels	(42,8 %)
	arriération mentale	(28,6 %)
	surdité	(14,3 %)
	�tat nevrotique grave	(14,3 %)

Inversement on s'oriente trop souvent vers le diagnostic de psychose: 26,2 % des enfants envoyés pour psychose ne sont pas en fait des psychotiques.

Pour de nombreux médecins en effet la débilité se résume à la d fici nce mentale au sens le plus m caniciste du terme. Que les manifestations dominantes s'expriment sur le plan affectif dans la sphère relationnelle et l'on parlera de psychose, surtout quand la symptomatologie se révèle bruyante.

Ces prétendus enfants psychotiques se révèlent en fait être des :

- ARRIÈRES MENTAUX (avec troubles caractériels importants 48 %)
- ENFANTS NEVROSES 32 %
- ENFANTS ATTEINTS D'AFFECTIONS NEUROLOGIQUES 10 %
Leucoencéphalite de VAN BOGAERT- CHOREE
- PSYCHOPATHES 10 %.

CONCLUSIONS

L'étude de 1028 dossiers, nombre représentant la totalité des enfants hospitalisés dans le service de neuropsychiatrie infantile de l'hôpital neurologique de LYON, dirigé par Monsieur le Professeur B. SCHOTT, du 1er Janvier 1966 au 31 Décembre 1970, nous a permis de constater :

- 1.- Une stabilité relative du nombre des hospitalisations chaque année (l'augmentation des hospitalisations de 1966 à 1970 est seulement de 4,5 %).
- 2.- Une prépondérance nette du nombre des enfants de sexe masculin (59,5 %).
- 3.- Une augmentation de la morbidité mentale avec l'âge - L'âge moyen des enfants hospitalisés est de 9 ans 6 mois.
- 4.- Une augmentation discrète de la durée d'hospitalisation (25,7 journées en 1966 contre 28,1 journées en 1970).
- 5.- Les malades proviennent du point de vue géographique essentiellement de la région Rhône-Alpes (461 sont originaires du département du Rhône - Banlieue 189 - Lyon 149 - Reste du département 123). On constate aussi une pathologie plus élevée dans les grands ensembles. 27 autres départements fournissent 561 enfants mais la majorité d'entre eux sont limitrophes de celui du Rhône (Centre - Bourgogne - Sud-Est).
- 6.- 50 % des enfants hospitalisés présentent une symptomatologie purement psychiatrique, 27 % une symptomatologie purement neurologique et 23 % une symptomatologie neuropsychiatrique.
- 7.- Une stabilité relative des 13 classes de troubles déterminés par nos soins. Ces différents troubles mentaux s'intriquent avec une grande fréquence.

Arriération mentale	37 %
Troubles du caractère et du comportement ...	22,7 %
Epilepsie	15,1 %
Psychose infantile	6,8 %
Organisation névrotique	5,8 %
Personnalités délinquantes	5,8 %
Tentatives de suicide	3,9 %
Dépression	3,1 %
Enurésie - Encoprésie	2,2 %
Retard de langage	1,9 %
Désafférentation sensorielle	1,74 %
Tics	0,87 %
Désordres oro-alimentaires	0,77 %

Vu, le Directeur de l'U.E.R. Grange-Blanche Le Président de la Thèse :

D. GERMAIN

Paul F. GIRARD

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 23 juin 1972

Le Président de l'Université Claude Bernard
Pour le Président, le Vice-Président
Président du Comité de Coordination des
Etudes Médicales,

R. TOURAINE

BIBLIOGRAPHIE

- 1.- ARCADJ
Epilepsie et petit mal.
In. Encyclopedie medico chirurgicale, Pédiatrie, tome III,
4091 A 5 , 1-11.
- 2.- J.De AJURIAGUERRA
Manuel de psychiatrie de l'enfant.
Masson, 1971.
- 3.- BELEY A.
Evolution des modes d'assistance en psychiatrie infanto-juvénile.
Rapport présenté au congrès de psychiatrie et de neurologie de langue
française, LXVI sessions, CLERMONT-FERRAND 16 au 21 sept. 1968, MASSON.
- 4.- G.M. CARSTAIRS
A propos de l'étiologie des troubles psychiatriques chez les enfants.
Psychiatrie de l'enfant, 1961, 4/1, 205-228.
- 5.- J. CORDIER
Contribution à l'étude de l'épidémiologie de la débilité mentale.
Université libre de BRUXELLES, Institut de sociologie, BRUXELLES, 1963.
- 6.- J. DECHAUME, P. GIRARD.
Conditions générales de l'assistance et du traitement de l'enfance
anormale. L'adaptation sociale des enfants irréguliers.
Journal de médecine de LYON, 2009 1942, REY.
- 7.- P. DEBRAY, B. MELEKIAN,
L'énurésie - L'encoprésie.
In E.M.C., Pédiatrie tome I, 4014 A 10.
- 8.- R. DIATKINE, C. STEIN, O. KALMANSON.
Psychoses infantiles.
les E.M.C., Psychiatrie, 1959, 37299 M 10.
- 9.- D.J. DUCHE
Les tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent.
Psychiatrie de l'enfant, 1964, 7, 1, 114.
- 10.- M. DUCHENNE, V. SMIRNOFF
Etats d'arriération.
les E.M.C. Psychiatrie, 1955-1959, 1, 32270 A 10, A20, A 30, A 40, A 50.

- 11.- M. GAULTIER, E. FOURNIER, A. GROCEIX, N. ZIMBACCA
Etude clinique et statistique d'un groupe de mineurs suicidants.
Semaine des hôpitaux PARIS 1963, 50, 2375-2384.
- 12.- P. GONNET
Les enfants adoptifs de l'aumonerie générale de LYON.
(1534 - 1536 - 1793) Album de crocodile, 1936.
- 13.- A. GRASSET
L'enfant épileptique
P.U.F. PARIS, 1968.
- 14.- HAIM
Suicides d'adolescents.
PAYOT, 1969.
- 15.- G. HEUYER
Introduction à la psychiatrie infantile.
P.U.F. Collection supérieure, Paideia, PARIS, 1966.
- 16.- G. HEUYER
La délinquance juvénile.
P.U.F. PARIS, 1969.
- 17.- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES (INSEE)
Recensement de la population, 1968 (Fascicule départemental du RHONE)
- 18.- A et F. JAEGGI
Recensement des enfants et adolescents réputés arriérés dans le canton de Genève.
Psychiatrie de l'enfant, 1965, 8/2, 453-505.
- 19.- TH. KAMMERER
Ecologie des malades mentaux de STRASBOURG.
Ann. Médico-psychologique, Juin 1971, 129è année, tome 2, n° 1.
- 20.- C. KOHLER
Jeunes déficients mentaux.
C. OMSAERT, Bruxelles, 1967.
- 21.- C. KOHLER, P. AIMARD
L'encoprésie syndrome psychosomatique. A propos de 24 observations.
Pédiatrie, 1963, 18, 909.
- 22.- C. KOHLER
Les déficiences intellectuelles chez l'enfant.
Paideia P.U.F., PARIS, 1954.

- 23.- J.L. LANG
Les tics chez l'enfant.
Revue neuropsychiatrie infantile, 1955, 3, 553-560.
- 24.- LARDAUD
Contribution à l'étude de la morbidité psychiatrique dans le secteur du 7^e arrondissement de LYON.
Thèse, LYON.
- 25.- LAPLANCHE J., J.B. PORTALIS
Vocabulaire de la psychanalyse.
P.U.F., PARIS, 1967.
- 26.- S. LEOVICI
Trouble du caractère et dynamique de l'agressivité au cours de l'âge évolutif.
Congrès européen de neuropsychiatrie, vol. I, 113-141, ROME, 1964.
- 27.- S. LEOVICI, BRAUNSCHWEIG D.
A propos de la névrose infantile.
Psychiatrie de l'enfant, 1967, 10/1, 41-123.
- 28.- S. LEOVICI, R. DIATKINE
Les obsessions chez l'enfant.
Revue française et psychanalyse, 1957, 21/5, 647-681.
- 29.- P. LE MOAL
Suicide et chantage du suicide chez l'enfant et l'adolescent.
Thèse Laboureur, PARIS, 1944.
- 30.- P. MALE
Les névroses infantiles.
Revue neuropsychiatrie infantile, 1966, 14, 643-649.
- 31.- P. MALE
Suicide de l'enfant et de l'adolescent.
Revue du praticien 1971, tome XXI, n° 32, 4827-4839.
- 32.- R. MISES
Historique de la fondation Vallée.
Information psychiatrique, 47, 8, 663-674.
- 33.- R. MISES
Psychose de l'enfant.
les E.M.C. Psychiatrie, 37229, M 10, M 30.

- 34.- MICHAUX L.
Psychose infantile.
4ème édition, PARIS, P.U.F., 1967.
- 35.- M. MOCH
Etude comparative des tentations de suicide de l'enfant et de l'adolescent observées dans trois services de pédiatrie et de celles recueillies dans un service de pédo-psychiatrie infantile.
Revue neuro psychiatrie infantile, 1969, 17/8, 513-544.
- 36.- MOOR
La pratique des tests mentaux en psychiatrie infantile.
MASSON, PARIS, 1967.
- 37.- PIERON
Vocabulaire de psychologie.
- 38.- R. ROBIN
Précis de neuropsychiatrie infantile,
Douin, PARIS, 1939.
- 39.- L. ROCHE, L. BOURRAT, L. DEUX
Considérations sur les conduites suicidaires de 239 mineurs admis au service des prisons durant 24 mois.
LYON, médical, 1965, 28, 33-59.
- 40.- SAUGUET, DELAVELEYE.
Les comportements psychologiques des enfants et adolescents épileptiques.
Psychiatrie de l'enfant, 1958, 1/2, 261-334.
- 41.- M. SOULE, N. SOULE
L'énurésie, étude clinique, diagnostique et thérapeutique.
Editions sociales françaises, PARIS, 1967.
- 42.- SPITZ R.A.
De la naissance à la parole. La première année de la vie de l'enfant.
P.U.F., PARIS, 1968.
- 43.- SZYMANSKA Z., ZOLAROWSKA S.
Suicide et tentative de suicide des enfants et adolescents.
Revue neuropsychiatrie infantile, 1964, 12, 715-740.
- 44.- TRAMER
Manuel de psychiatrie infantile générale.
P.U.F., PARIS, 1949.

